

DEMANDE D'ADMISSION POUR LE SERVICE DE RÉPIT

NOM			M	F	DDN
ADRESSE					Tél.
VILLE					CODE POSTAL
NAS	CARTE SANTE				
LANGUE (S)					
MÉDECIN					Tél.
ADRESSE					
NOM DE LA MÈRE					Tél. au travail
ADRESSE À LA MAISON (si différente)					Tél.
NOM DU PÈRE					Tél. au travail
ADRESSE À LA MAISON (si différente)					Tél.
NOM ET ADRESSE DE L'AGENCE DE RÉFÉRENCE					

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (DOIT ÊTRE DISPONIBLE 24 H PAR JOUR)

NOM	
ADRESSE	
Tél. à la maison	Tél. au travail
Lien de parenté ou autre	
NOM	
ADRESSE	
Tél. à la maison:	Tél. au travail
Lien de parenté ou autre	

PROFIL

Diagnostic : _____

COMMUNICATION

Mode de communication :

Verbal _____

Bliss/symboles _____ # de symboles utilisés _____

Langage signé _____

Nombre de signes utilisés _____

Communication gestuelle _____

Capacité d'expression : _____

Niveau de compréhension : _____

Intérêts récréatifs (préférences et aversions) : _____

Habiletés de natation : _____

Commentaires/recommandations en vue des activités récréatives : _____

VEUILLEZ COCHER LA BOÎTE APPROPRIÉE

- CODE:**
- 1 – Autonome**
 - 2 – Capable (nécessite occasionnellement des rappels)**
 - 3 – A besoin de surveillance constante**
 - 4 – Requiert parfois de l'assistance physique**
 - 5 – Requiert presque toujours ou toujours de l'assistance physique**
 - N – N'a jamais eu l'occasion de le faire ou l'occasion ne s'est pas présentée**

Commentaires : Toute information pertinente ou spécifique à la motivation de l'individu face à la tâche.

HYGIENE PERSONNELLE				1	2	3	4	5	N	COMMENTAIRES
Lave son visage et ses mains										
Se brosse les dents										
Se rase										
Se brosse/peigne les cheveux										
Va à la toilette										
Couches	Continu		Nuit							Entraînement à la toilette
Se prépare pour le bain										
Prend son bain ou une douche										
Bain		Douche		Fréquence						
Se lave et rince les cheveux										
Se sèche les cheveux										
Coupe et nettoie ses ongles										
Prend soin de l'hygiène liée à ses menstruations										
Autre										
HABILETÉS ou BESOINS D'ASSISTANCE										
Mange										
S'habille, se déshabille										
Passe l'aspirateur										
Choisit les vêtements régulièrement										
Fait son lit										
Balaie/époussette										
Plie/range le linge										
Préparation d'aliments (spécifier lesquels)										
Met la table										
Dessert la table										
Lave/essuie la vaisselle										
Fait le lavage										
Compréhension d'utilisation de l'argent										
Autre										

Commentaires: _____

SANTÉ

Prend présentement des médicaments	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, faire une liste des médicaments sur le formulaire A ci-joint					
Histoire médicale					
Vue : Porte des lunettes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe : Porte un appareil auditif	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies sérieuses, chirurgies, accidents, hospitalisations					
Fils ou fille utilise présentement d'autres agences ou services (p. ex. Aide à l'enfance)					
Mobilité, développement moteur, handicaps physiques					
Équipement spécial tel que fauteuil roulant, etc.					
Convulsions – genre, caractéristiques, fréquence					
Premiers soins en cas de convulsion					
Date de la dernière convulsion					
Immunisations					
1) Allergies					
Réaction					
Traitement					
2) Allergies					
Réaction					
Traitement					

ROUTINE DU COUCHER

Sieste (si nécessaire)	Heure suggérée _____
Préparation au coucher _____	

Besoin d'être levé la nuit pour les toilettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Heure suggérée	Semaine _____ Fin de semaine _____
Position _____	

Appareils spéciaux _____	

Chambre individuelle Oui Non
Spécifier _____

Veillez fournir toute autre information qui n'a pas été mentionnée dans cette demande d'admission

_____ Date

_____ Complété par

_____ Numéro de téléphone

Annexe I

CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS NON-PRESCRITS

J'autorise par la présente l'administration de médicaments non-prescrits tels que Tylenol ou Tempra contre la douleur ou la fièvre, selon le besoin et lorsqu'il est jugé nécessaire.

Date : _____

Signature : _____

Le parent ou tuteur peut signer si la personne a moins de 16 ans ou si elle est incapable de comprendre les conséquences de donner son consentement.

HABITUDES ALIMENTAIRES

Nom _____

Déjeuner Heure : _____

Aime : _____

Aversions : _____

Dîner pour travail ou l'école breuvage Oui ou Non

Aime : _____

Aversions : _____

Jours de cuisson : _____

Souper

Aime : _____

Aversions : _____

Goûter Après repas Oui ou Non

Allergies alimentaires

Au verso

Diètes spéciales
