



Association de Sherbrooke
pour la déficience intellectuelle inc.

Fiche de renseignements détaillés 2015

Identification du membre :


Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Lieu de résidence : Chez ses parents En ressource de type familial

En appartement Autre, précisez : _____

 Téléphone : _____ Courriel : _____

Date de naissance : _____

 En cas d'urgence : Nom _____

Lien avec le membre _____  Téléphone _____


Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Identification des parents :

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____


 Téléphone maison : _____ Cellulaire _____

Téléphone bureau : _____ Courriel : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

 Téléphone maison : _____ Cellulaire _____

Téléphone bureau : _____ Courriel : _____


Est-ce que le membre a le droit d'être en contacts avec ses parents : Oui Non

Identification du responsable du milieu de vie (si applicable) :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

 Téléphone maison : _____ Cellulaire _____


Téléphone bureau : _____ Courriel : _____

Identification du représentant légal :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

 Téléphone maison : _____ Cellulaire _____

Téléphone bureau : _____ Courriel : _____

Numéro de dossier du curateur public : _____

Nom du travailleur social : _____

Téléphone bureau : _____ Courriel : _____

Information sur le membre :

Occupations du membre (école, travail, stage, etc.) Indiquez le nombre de jours :

Transport :

En commun Adapté Autre, précisez : _____

Diagnostic

Quel est le diagnostic de la personne?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle légère | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle sévère |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle moyenne | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle profonde |

Il est obligatoire de fournir une attestation de la déficience intellectuelle par un professionnel de la santé.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TED) | <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement |
| <input type="checkbox"/> Asthme ou trouble respiratoire | <input type="checkbox"/> Luxation atloïdo-axiodienne |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) _____ | |

Veuillez préciser davantage (ex. : fréquence, durée des crises, signes précurseurs, symptômes, interventions à effectuer...).

La personne prend-elle des médicaments :

oui non

Médicaments et raisons	Matin	Midi	Souper	Coucher

Il est très important de nous aviser de tout changement de santé ou de médication

*Lors des activités, les membres qui doivent prendre des médicaments devront les apporter dans leur contenant afin que nous ayons l'information du produit ainsi que la posologie.

La personne a-t-elle une allergie ou une intolérance : oui non

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arachides/Noix | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Lactose |
| <input type="checkbox"/> Piqûre d'insecte | <input type="checkbox"/> Pénicilline | <input type="checkbox"/> Gluten |
| <input type="checkbox"/> Poils d'animaux | <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Protéines |
| <input type="checkbox"/> Poussière/Foins | <input type="checkbox"/> Analgésique | <input type="checkbox"/> Autre |

Précisez (manifestations, sensibilité, etc.): _____

La personne doit-elle avoir un epipen : oui non

Intégrité physique :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de la vision | <input type="checkbox"/> Port de lunettes |
| <input type="checkbox"/> Trouble auditif | <input type="checkbox"/> Port d'une prothèse |
| <input type="checkbox"/> Port d'un dentier | <input type="checkbox"/> Port d'une orthèse |

Autre(s): _____

Déplacements :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marche seul sans aide | <input type="checkbox"/> Utilise une marchette |
| <input type="checkbox"/> Marche avec aide | <input type="checkbox"/> Transfert sans aide |
| <input type="checkbox"/> En fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Transfert avec aide |
| <input type="checkbox"/> En fauteuil roulant électrique | |

Alimentation :

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune particularité | <input type="checkbox"/> En purée | <input type="checkbox"/> Coupé finement | <input type="checkbox"/> Diète spéciale |
|---|-----------------------------------|---|---|

Précisez : _____

Incontinence :

- | | | |
|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Porte des couche-culottes | <input type="checkbox"/> Mouille son lit |
|------------------------------|--|--|

Précisez : _____

Autonomie :

	Autonome	Supervision	Dépendant
Manger			
Aller à la salle de bain			
Se brosser les dents			
Se laver			
Choisir ses vêtements			
S'habiller			
Prendre soin de ses effets personnels			
Suivre un groupe			
S'orienter			
Manipuler de l'argent			

Aptitudes de communication :

Langage réceptif	Oui	Un peu	Non
Comprend les pictogrammes			
Comprend un langage signé			
Comprend les directives simples			
Comprend les conversations			
Est capable de lire			
Langage expressif			
De pictogrammes, d'un tableau ou d'un appareil électronique			
D'un langage signé			
De sons ou de gestes			
S'exprime à l'aide de mots			
Fait des phrases complètes			
Est capable d'écrire			

Aptitudes sociales :

	Oui	Un peu	Non
Collabore avec le responsable			
A tendance à s'isoler			
Participe aisément dans les petits groupes			
S'adapte à des situations nouvelles			
A des comportements perturbateurs			

Comportement :

Doit-on porter une attention particulière à certains de ses comportements? (ex. : hyperactivité, agressivité envers les autres, automutilation, violence verbale, fugue, comportement sexuel déviant) Précisez : _____

A-t-elle besoin d'une supervision constante pour diverses raisons ? (tendance à s'éloigner, à voler etc.)Précisez : _____

Quelles sont ses réactions en état de stress ou dans de nouveaux contextes? _____

Comment doit-on réagir? (pour une meilleure intervention) _____

La personne a-t-elle un plan d'intervention? Oui Non

Si oui, veuillez le joindre à ce document.

La personne a-t-elle des peurs spécifiques qui pourraient se manifester lors des activités ou des camps répit ? (exemple : la peur de l'eau, des hauteurs, du noir, des animaux, des germes, de glisser lors des transferts, etc.) Oui Non

Précisez : _____

La personne a-t-elle des aptitudes particulières ou des intérêts en ce qui a trait aux loisirs ? (exemple : talents musicaux, artistiques ou autres) ? Quelles sont ses activités préférées?

Précisez : _____

S'il vous plaît, ajouter tous les renseignements pertinents qui pourraient être utiles au personnel de l'Association.

Autorisations du membre ou de son représentant légal

Veillez mettre vos initiales pour la ou les affirmations qui vous conviennent :

- _____ **J'autorise le personnel de l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à divulguer certaines informations sur l'état de santé du participant. Ces informations auront pour but de renseigner le personnel afin de le soutenir dans son rôle d'accompagnateur et cela pour le bien-être du participant.**
- _____ **J'autorise le personnel de l'Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle à publier des photos prises ou des vidéos enregistrées lors des activités.**
- _____ **J'autorise la personne bénévole en charge de l'activité à donner les médicaments selon la posologie originale pour la durée de l'activité.**

Nom en lettres moulées du membre ou du représentant légal

Signature du membre ou du représentant légal :

Date

S.V.P RETOURNEZ LE FORMULAIRE ET L'ATTTESTATION DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE :



ASDI

**Association de Sherbrooke
pour la déficience intellectuelle inc.**

2065, rue Belvédère Sud
Sherbrooke, Qc J1H 5R8