

Porter une attention particulière !

- La fiche santé doit être remplie à tous les deux ans . Ainsi, si vous l'avez remplie l'année dernière, vous n'avez pas l'obligation de la remplir cette année, à moins qu'il y ait un changement majeur pour le participant,
- Les autorisations doivent être signées par le curateur public, privé ou encore un membre de la famille à charge,
- Page 3** : # d'assurance maladie et la date d'expiration,
- Page 7** : vous assurer de nous fournir l'autorisation pour les ridelles de lit (si besoin), le tout signé et coché,
- Page 9 et 10** : la consistance de la nourriture et des liquides, ainsi que la présence d'allergies et d'intolérances,
- Page 11** : il est très important de cocher l'un ou l'autre des choix et d'apposer sa signature au bas de la page, ceci permettra de bien soigner les malaises durant le séjour,
- Page 13** : il est très important de remplir la section afin de nous permettre de mieux répondre aux besoins du participant.



Centre
Normand-
Léveillé

2020
ESPACE DE VICTOIRES

PHOTO

FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Sexe : _____ No. ass. Maladie : _____

Date de naissance : _____ Date d'expiration : _____

Nom des parents (Obligatoire) Père : _____ Téléphone : _____
Mère : _____ Téléphone : _____

Le participant réside avec :

Parent : Père : _____ Mère : _____

Famille d'accueil : Nom : _____ Téléphone : _____

Autre ressource : Nom : _____ Téléphone : _____

Spécifiez : _____

Nom du représentant légal du participant : _____

Lien avec le participant / titre : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone 🏠 _____ Courriel : _____

Téléphone 📞 _____

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE - Après le représentant légal

1er contact

Nom : _____ Téléphone 🏠 _____

Lien avec le participant : _____ Téléphone 📞 _____

2e contact

Nom : _____ Téléphone 🏠 _____

Lien avec le participant : _____ Téléphone 📞 _____

3e contact

Nom : _____ Téléphone 🏠 _____

Lien avec le participant : _____ Téléphone 📞 _____

DIAGNOSTIC MÉDICAL

Déficiência intellectuelle : Légère Moyenne Sévère

Trouble déficitaire de l'attention / Hyperactivité (TDA/H) : Autisme (TSA) :

Trisomie : ou autres, précisez :

Limitation physique : Précisez :

Santé mentale : Précisez :

Autres :

INFORMATION SANTÉ

<i>La participant est-il porteur ou souffre-t-il d'une maladie du sang ?</i>	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite C	VIH	Ne s'applique pas

<i>La participant a-t-il été vacciné contre ... ?</i>	Oui	Non	Date de vaccination
Le tétanos (à renouvelé aux 10 ans)			
L'hépatite B (à vie)			

<i>La participant souffre-t-il ... ?</i>	Oui	Non	Endroit sur le corps
Plaies de pression récurrentes			
Eczéma (trouble de la peau)			
Psoriasis (trouble de la peau)			
Malformation dorsale (scoliose, lordose, cyphose)			

<i>La participant souffre-t-il ... ?</i>	Oui	Non	Signes de la crise
Trouble respiratoire (asthme, MPOC)			
Épilepsie (absences, convulsions)			
Antécédant de Traumatisme crânien			
Trouble cardiaque (angine, infarctus)			
Diabète			
Fréquence de la prise de la glycémie :			
Fréquence de la prise d'insuline :			

Autres détails concernant la santé du participant :

Le participant a-t-il été hospitalisé dans les 12 derniers mois?

Oui

Non

Si oui, expliquez :

HABITUDES DE VIE

1- Mes déplacements

: La section suivante ne s'applique pas à ce participant

<i>Quels supports matériel sont-ils nécessaires au participant dans ses déplacements EN TOUT TEMPS</i>	Fauteuil Manuel	Fauteuil Électrique	Déambulateur ou marchett	Cane ou autre appui	Aide d'un accompagnateur
Comment le participant se déplace-t-il ?					

<i>Quels supports matériel sont-ils nécessaires au participant dans ses déplacements À L'OCCASION</i>	Fauteuil Manuel	Fauteuil Électrique	Déambulateur ou marchett	Cane ou autre appui	Aide d'un accompagnateur
Comment le participant se déplace-t-il ?	Pourquoi?				

: La section suivante ne s'applique pas à ce participant

<i>Quel niveau d'aide est-il nécessaire au participant dans ses déplacements.</i>	Prise en charge (Aide totale)	Aide nécessaire et importante	Soutien léger ou aide à l'équilibre	Supervision verbale	Aucune aide
Marche en terrain mou ou inhabituel (gazon, gravier)					
Marche sur de longues distances					
Escaliers					
Marche en terrain accidenté (pentes / côtes)					
Suivre un groupe, reconnaître son groupe					
Éviter les situations dangereuses (conscience du danger)					

: La section suivante ne s'applique pas à ce participant

<i>Quels dispositifs doit porter le participant ? En lien avec la marche</i>	Orthèse tibiale (jambe)	Orthèse plantaire (pied)	Prothèse	Bas support	Ceinture de marche

<i>Quels dispositifs doit porter le participant ? En lien avec l'alimentation et l'ouïe</i>	Édenté	Prothèse dentaire HAUT	Prothèse dentaire BAS	Appareil auditif DROIT	Appareil auditif GAUCHE

<i>Quels dispositifs doit porter le participant ? En lien avec l'élimination</i>	Culottes d'incontinence TOUT TEMPS	Culottes d'incontinence JOUR	Culottes d'incontinence NUIT	Sonde urinaire

2- Autonomie

<i>Quel niveau d'aide est-il nécessaire au participant dans l'exécution de ses AVQ.</i>	Prise en charge (Aide totale)	Aide nécessaire et importante	Aide à la préparation (pas exécution)	Supervision verbale	Aucune aide
Se transfère d'une surface à une autre (Ex : fauteuil roulant à la toilette)	Lève-personne	« Câlin »			
Se vêtir, attacher ses souliers					
Se laver					
Se brosser les dents					
Gérer ses effets personnels					
Changer sa culotte d'incontinence					
Va à la toilette pour uriner (pipi)					
Va à la toilette pour faire une selle (caca)					

: Le participant ne peut / doit pas se baigner.

<i>Quels sont les besoins du participant lorsqu'il est à la piscine?</i> Noter qu'il y a une portion de la piscine d'une profondeur de 5"	Aide totale à la nage	Aide nécessaire et importante	Aide à la préparation (pas exécution)	Supervision	Aucune aide
Porter une veste de flottaison en plus d'une ...					
Ne porte PAS de veste de flottaison en plus d'une ...					

3- Sommeil

<i>Quels sont les besoins du participant au niveau de son sommeil ?</i>	Oui	Non	Durée
Doit faire une sieste en avant-midi			
Doit faire une sieste en après-midi			
Doit porter un appareil l'aidant à respirer lorsqu'il dort (BPAP, CPAP)			
Peut dormir dans un lit superposé			
Doit avoir la tête de lit surélevée			
Doit avoir un ou deux côtés de lit pour enfant			
Doit avoir un ou deux côtés de lit d'hôpital			

Prendre note que nos ridelles de lit d'hôpital sont pleines. Elles touchent donc la tête et le pied du lit. Si le participant que vous inscrivez à besoin d'une ridelle, il nous faut une autorisation du représentant légal. (Voir page suivante)

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____

Mère _____

Tuteur _____

Autre, précisez : _____

Je :

Nom : _____ Prénom : _____

Soussigné et ayant droit d'agir en tant que représentant légal du participant/de la participante nommé/nommée ci-dessus, autorise le personnel du Centre Normand-Léveillé (CNL) à utiliser une ou deux ridelles pleines, soit touchant la tête et le pied de lit.

J'autorise l'utilisation de ridelles pleines pour la sécurité du participant :

Une ridelle pleine uniquement Oui _____ Non _____

Deux ridelles pleines Oui _____ Non _____

Signature autorisée ou curateur

Date

4- Communication

<i>Comment peut-on qualifier sa vision ?</i>	Excellente	Suffisante	Faible	Porte des lunettes	
	Cécité TOTALE	Cécité partielle DROITE	Cécité partielle GAUCHE	Utilise une canne blanche	Doit se faire guider

<i>Comment peut-on qualifier son ouïe ?</i>	Excellente	Suffisante	Faible		
	Surdité TOTALE	Surdité partielle DROITE	Surdité partielle GAUCHE	Porte un appareil auditif DROITE	Porte un appareil auditif GAUCHE

<i>Comment exprime-t-il ses besoins ?</i>	Toujours	À l'occasion	Jamais		
	Verbalement	Par écrit	Par geste	Par pictogramme	Par ordinateur

<i>Quel est son niveau de compréhension ?</i>	Excellent	Suffisant	Faible

<i>Quel niveau d'aide est-il nécessaire au participant afin qu'il exécute une consigne ?</i>	Aide totale	Aide importante	Aide à la préparation	Supervision	Aucune aide

5- Mon comportement

A- Ses centres d'intérêt sont :

B- On doit porter attention à certains de ses comportements (opposition, mord, frappe, fugue, automutilation, ...) :

C- Veuillez expliquer quelles sont les interventions à favoriser lors de ces situations :

D- Certaines habitudes ou routines de vie qui sont importantes de connaître :

E- Certaines peurs qu'il serait bon de connaître (ex. : du noir, des animaux, de l'eau, du bruit, vertige, etc.) :

F- Des besoins particuliers (ex. : position au coucher, positionnement dans le fauteuil, transfert, etc.)

G- Autres informations pertinentes concernant le comportement du participant :

H- Est-ce qu'un plan d'intervention a été mis en place en collaboration avec des intervenants extérieurs (CSSS, CRDI, école, etc.) ?

Si oui, veuillez inclure une copie SVP.

Oui

Non

ALIMENTATION

<i>Quel niveau d'aide est-il nécessaire au participant lorsqu'il mange ?</i>	Aide totale	Aide importante	Aide à la préparation	Supervision verbale	Aucune aide

<i>Quel outils d'aide à l'alimentation sera apporter au Centre ?</i>	Rebord à assiette	Assiette	Verre	Fourchette, cuillère et/ou couteau	Tapis anti-glisserment

<i>Quel consistance doit avoir la nourriture ?</i>	Normale	Coupé finement à la main	Haché au robot culinaire	Purée texturée	Purée lisse

<i>Quel consistance doit avoir les liquides ?</i>	Normale	Nectar	Miel	Pouding

PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES

<i>Quelles sont les INTOLÉRANCES ou ALLERGIES alimentaires du participant ?</i>	Légère	Modérée	Sévère (mortelle)	PAS d'allergie	PAS d'intolérance
Sucre et gras (diabétique)					
Arachides & noix					
Fruits de mer					
Gluten					
Lactose (produit laitier)					
Oeufs					
Poisson					
Autres :					

ALLERGIES AUTRES

<i>Quelles sont les allergies du participant ?</i>	Légère	Modérée	Sévère (mortelle)	PAS d'allergie
Pollen et foin				
Piqûre d'insecte :				
Poils d'animaux :				
Pansements (colle du)				
Latex				
Certains médicaments :				
Autres :				

Manifestations des allergies et intolérances :

J'apporte avec moi mon Épipen : Oui Non

Si oui, à quel endroit elle sera rangée lors de mon séjour :

MÉDICATION

Les médicaments doivent OBLIGATOIREMENT être placés dans un dispill.

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Oui Non

Comment le participant prend ses médicaments habituellement ?

Sans eau	Avec eau	Coupé	Écrasé	Avec compote	Autre (spécifier)

À remplir ou joindre le profil pharmacologique du pharmacien

<u>Nom du médicament</u>	<u>Horaire et dosage</u> (Ex.: matin : 1 x 5mg)	<u>Raison / utilité du médicament</u>
	Matin	
	Midi	
	Souper	
	Coucher	
<u>Nom du médicament</u>	<u>Horaire et dosage</u> (Ex.: matin : 1 x 5mg)	<u>Raison / utilité du médicament</u>
	Matin	
	Midi	
	Souper	
	Coucher	
<u>Nom du médicament</u>	<u>Horaire et dosage</u> (Ex.: matin : 1 x 5mg)	<u>Raison / utilité du médicament</u>
	Matin	
	Midi	
	Souper	
	Coucher	
<u>Nom du médicament</u>	<u>Horaire et dosage</u> (Ex.: matin : 1 x 5mg)	<u>Raison / utilité du médicament</u>
	Matin	
	Midi	
	Souper	
	Coucher	
<u>Nom du médicament</u>	<u>Horaire et dosage</u> (Ex.: matin : 1 x 5mg)	<u>Raison / utilité du médicament</u>
	Matin	
	Midi	
	Souper	
	Coucher	

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom du participant : _____

Vous pouvez demander à votre pharmacien ou votre médecin s'il y a des contre-indications avec la médication régulière. Il est très important de cocher l'un ou l'autre des choix et d'apposer sa signature au bas de la page.

Les interactions médicamenteuses ont été vérifiées par un pharmacien ?	
Oui _____	Non _____
Signature du pharmacien	Date

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____ Mère _____ Autre : _____

Je :
Nom : _____ Prénom : _____

Soussigné et ayant droit d'agir en tant que représentant légal du participant/de la participante nommé/nommée ci-dessus, autorise le personnel du Centre à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs médicaments :

Acétaminophène	Oui _____	Non _____
Advil, Ibuprofène	Oui _____	Non _____
Polysporin (antibiotique)	Oui _____	Non _____
Bénadryl, Claritin	Oui _____	Non _____
Sirop contre la toux (hélix, Ulone)	Oui _____	Non _____
Gravol	Oui _____	Non _____
Immodium	Oui _____	Non _____
Suppositoire de glycérine, dulcolax	Oui _____	Non _____
Laxatif oral (lactulose, dulcolac, huile minéral)	Oui _____	Non _____
Fleet	Oui _____	Non _____
Crème analgésique pour douleur musculaire	Oui _____	Non _____
Crème antifongique	Oui _____	Non _____
Crème hydrocortisone	Oui _____	Non _____

J'autorise également le personnel du Centre Normand-Léveillé à prendre les mesures appropriées en cas d'urgence telle que les premiers soins, transport à l'hôpital au besoin. J'autorise le médecin en service à l'hôpital à poser les actes médicaux requis. De plus, j'atteste, selon les renseignements médicaux fournis, que la personne sous ma charge est apte à participer au camp de vacances.

Signature autorisée ou curateur

Date



AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES (photos, films, vidéo) ET D'ENREGISTREMENTS SONORES DE :

Nom du participant _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____

Mère _____

Tuteur _____

Autre, précisez _____

Je :

Nom : _____ Prénom : _____

Soussigné et ayant droit d'agir en tant que représentant légal du participant/de la participante nommé/nommée ci-dessus, autorise le personnel du Centre Normand-Léveillé (CNL) à utiliser des images et des enregistrements sonores de cette personne et à les reproduire et diffuser notamment :

Dans tous les documents et outils promotionnels du CNL et de sa Fondation (dépliant, rapport annuel, publicités, etc.); Sur des plateformes Web du CNL et de sa Fondation (site Internet, pages Facebook, publicités Web).

J'autorise l'utilisation et la publication des images et enregistrements sonores de la manière suivante :

En gardant l'anonymat de la personne Oui _____ Non _____

En permettant l'identification de la personne Oui _____ Non _____

ENGAGEMENT DU CENTRE

Le Centre Normand-Léveillé et la Fondation du Centre Normand-Léveillé s'interdisent expressément de céder à des tiers ces images et enregistrements sonores, ou encore, à les exploiter de façon susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne.

Je désire également recevoir l'infolettre du Centre Normand-Léveillé par courriel.

Oui _____ Non _____

À l'adresse courriel suivante : _____

Signature autorisée ou curateur

Date



AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATION

Nom du participant _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____

Mère _____

Tuteur _____

Autre, précisez : _____

Je :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Soussigné et ayant droit d'agir en tant que représentant légal du participant/de la participante nommé/nommée ci-dessus, autorise le personnel du Centre à entrer en contact avec les professionnels qui sont en lien avec le participant si nécessaire, afin de partager des documents ou de discuter de toute information pouvant aider à l'encadrement et au bon suivi des interventions.

CLSC : Nom de l'intervenant : _____
Téléphone : _____

CRDI : Nom de l'intervenant : _____
Téléphone : _____

École : Nom de l'intervenant : _____
Téléphone : _____

Pharmacie : Nom de la pharmacie : _____
Téléphone : _____

Autre : Nom de l'intervenant : _____
Titre de l'intervenant : _____
Téléphone : _____

Signature autorisée ou curateur

Date