

Centre
Normand-
Léveillé

ESPACE DE VICTOIRES

950, chemin Hemming C.P. 306
Drummondville (Québec)
J2B 6W3
Tél : 819-478-1201 Téléc. : 819-478-4434

FICHE SANTÉ - PARTICIPANT

Merci de porter une attention particulière aux points suivants :

La fiche santé doit être remplie aux 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 important concernant le participant.

Les autorisations doivent être signées par le curateur public, privé ou encore un membre de la famille responsable du participant.

- Page 3 :**
Numéro d'assurance maladie et la date d'expiration.

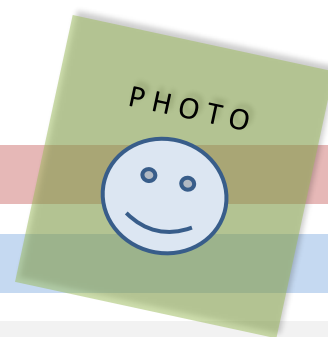
- Page 7 :**
Vous assurer de nous fournir l'autorisation pour les ridelles de lit (si besoin).
Ne pas oublier de signer et cocher.

- Page 9 :**
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.

FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : Code postal :

Sexe : Numéro assurance-maladie :

Date de naissance : Date d'expiration :

Noms des parents (obligatoires)

Mère : Téléphone :

Père : Téléphone :

Le participant **réside avec** :

Parent : Père : Mère :

Famille d'accueil : Nom : Téléphone :

Autre ressource : Nom : Téléphone :

Spécifier :

Nom du représentant légal du participant :

Lien avec le participant / titre :

Adresse :


Ville : Code postal :


Téléphone  Courriel 1 :

Téléphone  Courriel 2 :


PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX)


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

Déficience 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 SUR LA SANTÉ

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

La participant a-t-il été vacciné contre... ?	Oui	Non	Date de vaccination
LA COVID-19			
Le tétanos (à renouvelé aux 10 ans)			
L'hépatite B (à vie)			

La participant souffre-t-il... ?	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)			

La participant souffre-t-il... ?	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 renseignements 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

DÉPLACEMENTS

Quels supports matériel sont-ils nécessaires au participant dans ses déplacements EN TOUT TEMPS	Fauteuil manuel	Fauteuil électrique	Déambulateur ou marchette	Canne ou autre appui	Aide d'un accompagnateur
Comment le participant se déplace-t-il ?					

Quels supports matériel sont-ils nécessaires au participant dans ses déplacements À L'OCCASION	Fauteuil manuel	Fauteuil électrique	Déambulateur ou marchette	Canne ou autre appui	Aide d'un accompagnateur
Comment le participant se déplace-t-il ?					
	Pourquoi?				

Quel niveau d'aide est-il nécessaire au participant dans ses déplacements?	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)					

Quels dispositifs doit porter le participant en lien avec la marche	Orthèse tibiale (jambe)	Orthèse plantaire (pied)	Prothèse	Bas support	Ceinture de marche

Quels dispositifs doit porter le participant en lien avec l'alimentation et l'ouïe	Édenté	Prothèse dentaire HAUT	Prothèse dentaire BAS	Appareil auditif DROIT	Appareil auditif GAUCHE

Quels dispositifs doit porter le participant en lien avec l'élimination	Culottes d'incontinence TOUT TEMPS	Culottes d'incontinence JOUR	Culottes d'incontinence NUIT	Sonde urinaire

AUTONOMIE

Quel niveau d'aide est nécessaire au participant dans l'exécution de ces actes de la vie quotidiennes?	Prise en charge (Aide totale)	Aide nécessaire et importante	Aide à la préparation (pas exécution)	Supervision verbale	Aucune aide
Transfert 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					
Utiliser la toilette pour uriner					
Utiliser la toilette pour faire une selle					

: Le participant ne peut pas / ne doit pas se baigner

Quels sont les besoins du participant à la piscine? (Une partie de la piscine est d'une profondeur de 5 pieds)	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 de... :					
Ne porte PAS de veste de flottaison en plus de... :					

SOMMEIL

Quels sont les besoins du participant au niveau de son sommeil ?	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 surélevé			
Doit avoir un ou deux côté de lit pour enfant			
Doit avoir un ou deux côté 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.
(sur la page suivante)**

AUTORISATION CONCERNANT LA RIDELLE DE LIT (côté de lit, barrière de lit)

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____

Mère _____

Tuteur _____

Autre, précisez : _____

Je :

Nom : _____ Prénom : _____

**soussigné et ayant le droit d'agir en tant que représentant légal du participant(e) nommé(e) ci-dessus,
autorise le personnel du Centre Normand-Léveillé (CNL) à utiliser
une ou deux ridelles pleines (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 _____

Signataire autorisé

Date

COMMUNICATION

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

Comment peut-on qualifier son audition?	Excellente	Suffisante	Faible		
	Surdité TOTALE	Surdité partielle DROITE	Surdité partielle GAUCHE	Porte un appareil auditif DROITE	Porte un appareil auditif GAUCHE

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

Quel est son niveau de compréhension?	Excellent	Suffisant	Faible

Quel niveau d'aide est nécessaire au participant pour exécuter une consigne?	Aide totale	Aide importante	Aide à la préparation	Supervision	Aucune aide

COMPORTEMENT

A- Ses centres d'intérêt sont les suivants :

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

C- Veuillez expliquer 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- 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, merci d'en joindre une copie.

Oui

Non

ALIMENTATION

Quel niveau d'aide est nécessaire pour manger?	Aide totale	Aide importante	Aide à la préparation	Supervision verbale	Aucune aide

Quels outils d'aide à l'alimentation seront apportés au Centre?	Rebord à assiette	Assiette	Verre	Fourchette, cuillère et/ou couteau	Tapis anti-glissement

Quelle consistance doit avoir la nourriture?	Normale	Coupé finement à la main	Haché au robot culinaire	Purée texturée	Purée lisse

Quelle consistance doivent avoir les liquides ?	Normale	Nectar	Miel	Pouding

PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES

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

ALLERGIES AUTRES

Quelles sont les ALLERGIES du participant?	Légère	Modérée	Sévère (mortelle)	PAS d'allergie
Pollen et foin				
Piqûre d'insecte :				
Poils d'animaux :				
Pansements (colle)				
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

***** La médication doit OBLIGATOIREMENT être placée dans un dispill. *****

Le participant doit-il prendre des médicaments ?

Oui

Non

De quelle façon le participant prend ses médicaments habituellement ?

Sans eau	Avec eau	Coupé	Écrasé	Avec compote	Autre (spécifier)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

À remplir ou joindre le profil pharmacologique du pharmacien

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

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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
x _____	_____	_____
<i>Signature du pharmacien</i>	Date	

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____

Mère _____

Autre : _____

Je :

Nom :

Prénom :

**soussigné et ayant le droit d'agir en tant que représentant légal du participant(e) nommé(e)
ci-dessus, autorise le personnel du Centre à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs médicaments :**

Acétaminophène	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Advil, Ibuprofène	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Polysporin (antibiotique)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bénadryl, Claritin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sirop contre la toux (hélixia, Ulone)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gravol	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Immodium	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Suppositoire de glycérine, dulcolax	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Laxatif oral (lactulose, dulcolac, huile minéral)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fleet	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crème analgésique pour douleur musculaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crème antifongique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crème hydrocortisone	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

J'autorise également le personnel du Centre Normand-Léveillé à prendre les mesures appropriées en cas d'urgence telles que d'administrer les premiers soins, transporter 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.

x _____

Signataire autorisé

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 le droit d'agir en tant que représentant légal du participant(e) nommé(e) 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).

Oui, j'autorise l'utilisation et la publication des images et enregistrements sonores de la manière suivante :

En gardant l'anonymat de la personne :

En permettant l'identification de la personne :

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 :

x

Signataire autorisé

Date



AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATION

Nom du participant : _____

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père _____ Mère _____ Tuteur _____
Autre, précisez : _____

Je :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

soussigné et ayant le droit d'agir en tant que représentant légal du participant(e) nommé(e) 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 : _____
Téléphone : _____

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

Signataire autorisé

Date

