



ESPACE DE VICTOIRES

950, chemin Hemming, C.P. 306  
Drummondville (Québec) J2B 6W3  
Téléphone : 819 478-1201  
Télécopie : 819 478-4434  
www.centre-normand-leveille.ca  
centre@repitcnl.ca



# FICHE SANTÉ 2022

**La fiche santé doit être complétée aux deux ans.**

S'il y a un changement important entre temps, veuillez nous aviser.

## Table des matières

Section 1 .....	<a href="#">Renseignements généraux</a>	.....	page 3
Section 2 .....	<a href="#">Informations sur la santé</a>	.....	page 4
Section 3 .....	<a href="#">Déplacements</a>	.....	page 5
Section 4 .....	<a href="#">Activités de la vie quotidienne</a>	.....	page 6
Section 5 .....	<a href="#">Sommeil</a>	.....	page 6
Section 6 .....	<a href="#">Communication</a>	.....	page 6
Section 7 .....	<a href="#">Intérêts et comportements</a>	.....	page 7
Section 8 .....	<a href="#">Alimentation</a>	.....	page 8
Section 9 .....	<a href="#">Médication</a>	.....	page 9
Section 10 .....	<a href="#">Autorisations</a>	.....	page 10,11



**Merci de porter une attention particulière aux points suivants :**

Pour les choix de réponses, veuillez apposer un **X** dans la case appropriée

Oui	Non
X	

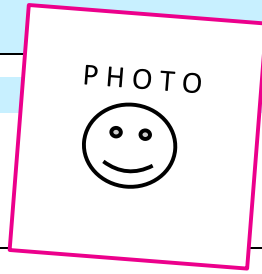
Pour les cases à cocher, il est nécessaire de faire un choix

Oui     Non

**Les autorisations doivent être signées soit par la personne officiellement responsable du participant ou par le curateur public ou privé.**

(page blanche)

## 1. Renseignements généraux



### 1.1 Informations du participant

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_ Numéro assurance-maladie : \_\_\_\_\_  
Date naissance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_



### Noms des parents (obligatoire)

Parent 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Parent 2 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_



### 1.2 Informations sur la famille

Le participant réside avec :  MÈRE  PÈRE  FAMILLE D'ACCEUIL / RTF / RI **Autre :** \_\_\_\_\_



#### Parent ou tuteur 1

Prénom et nom : \_\_\_\_\_  
Lien avec le participant : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_

#### Parent ou tuteur 2



Prénom et nom : \_\_\_\_\_  
Lien avec le participant : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_

### 1.3 Informations complémentaires



Nom du représentant légal du participant : \_\_\_\_\_  
Lien avec le participant / titre : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone :  \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Téléphone :  \_\_\_\_\_

### 1.4 Contacts en cas d'urgence (autres que ceux déjà nommés)



#### 1er contact

Prénom et nom: \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_  
Lien avec participant : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_

#### 2e contact

Prénom et nom: \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_  
Lien avec participant : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_

#### 3e contact

Prénom et nom: \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_  
Lien avec participant : \_\_\_\_\_ Téléphone :  \_\_\_\_\_

## 2. Informations sur la santé

2.1 Diagnostic(s)	Oui	Non	Précisions
Déficience intellectuelle			<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère
Trouble du spectre de l'autisme			<input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3
Déficit de l'attention/Hyperactivité			
Trisomie			Précisez :
Trouble de santé mentale			Précisez :
Traumatisme crano-cérébral			<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère
Déficience physique			Précisez :
Maladies du sang (Hépatite A, B, C, VIH)			Si oui, précisez :
Surdité			<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Cécité			<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Autres :			
2.2 Vaccins	Oui	Non	Date vaccination (mois/année)
Tétanos (aux 10 ans)			
Hépatite B (à vie)			
Covid-19 (2 doses)			
2.3 Autres maladies ou troubles	Oui	Non	Endroits sur le corps
Plaies de pressions récurrentes			
Eczéma			
Psoriasis			
Malformation dorsale			
	Oui	Non	Signes et symptômes à surveiller
Pression (Hypo ou hypertension)			
Troubles respiratoires (MPOC, asthme)			
Troubles cardiaques (Angine, infarctus)			
Épilepsie (absences, convulsions)			
Diabète (Hypo ou hyperglycémie)			
Fréquence de la prise de la glycémie :			

### 2.4 Renseignements additionnels concernant la santé du participant :

---



---

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

Oui  Non  Si oui, expliquez :

---



---

### 3. Déplacements

3.1 Aides techniques	Oui	Non	Précisions
Le participant se déplace <b>exclusivement</b> en fauteuil roulant			<input type="checkbox"/> Fauteuil Manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil Électrique <b>Si le participant est exclusivement en fauteuil, passez à la section 4.</b>
Le participant utilise une aide technique pour se déplacer			<input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne Autre :
La participant se déplace en fauteuil roulant pour les longues distances <b>seulement*</b>			*Notez qu'il faudra apporter le fauteuil roulant puisqu'il y a de longues distances à parcourir au CNL.

3.2 Niveaux d'accompagnement aux déplacements	Aucune aide	Supervision visuelle et/ou verbale	Soutien léger à l'équilibre	Aide nécessaire et importante
Marcher de courtes distances (ex: dans un même bâtiment)				
Marcher de longues distances (ex : marche à l'extérieur)				
Marcher sur autres surfaces que du béton et de l'asphalte (gazon/sentier en forêt/neige)				
Marcher en terrain accidenté (pentes/côtes)				
Monter ou descendre des escaliers				
Suivre un groupe, reconnaître son groupe				

### 4. Activités de la vie quotidienne

4.1 Niveaux d'accompagnement	Aucune aide / Ne s'applique pas	Supervision visuelle et/ ou verbale	Aide nécessaire et importante	Aide technique	Prise en charge totale
Transfert d'une surface à une autre (Ex : fauteuil roulant au lit)			Barres d'appui	Station assis/debout <sup>1</sup>	Lève-personne <sup>2</sup>
Se vêtir, attacher ses souliers					
Se laver					
Se brosser les dents					
Gérer ses effets personnels					
Utiliser la toilette pour uriner					
Utiliser la toilette pour les selles					
Changer sa culotte d'incontinence					

<sup>1</sup> La station assis/debout remplace la méthode "calin" pour faire un transfert. Nous privilégions l'assistance technique afin d'assurer la sécurité de tous.

<sup>2</sup> Vous devez fournir la ou les toiles de lève-personne nécessaire.

4.2 Dispositif d'élimination	Ne s'applique pas	Sonde urinaire	Culottes de jour seulement	Culottes de nuit seulement	Culottes d'incontinence en tout temps
Autres :					

#### 4. Activités de la vie quotidienne (suite)

4.3 Autres outils ou appareils	Oui	Non	Précisions
Orthèse ou prothèse			Précisez :
Bas support			
Prothèse dentaire			<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas
Canne (cécité)			
Appareil auditif			<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite

4.4 Le participant peut-il se baigner ?	Oui	Non

Si la réponse est non, passez à la section 5.

4.5 Accompagnement pour la baignade	Oui	Non	Aucune aide	Supervision	Assistance totale
Nager dans la partie peu profonde					
Nager dans la partie profonde (+ de 6')					
Le participant doit porter une veste de flottaison			<input type="checkbox"/> En tout temps <input type="checkbox"/> Partie profonde seulement		

#### 5. Sommeil

5.1 Habitudes de sommeil	Oui	Non	Précisions
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			Précisez :
Peut dormir dans un lit superposé			
Doit avoir la tête de lit surélevée			
Doit avoir un lit d'hôpital avec des côtés de lit complets			<b>* IMPORTANT de signer l'autorisation qui se trouve à la fin du questionnaire</b>
Autres :			

#### 6. Communication

6.1	Excellente	Suffisante	Faible	Porte des lunettes	Doit se faire guider
Comment est sa vision ?					
Comment est son audition ?					
Comment est sa compréhension ?					

6.2 Le participant exprime ses besoins	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais

6.3 Comment le participant exprime ses besoins ?	Verbalement	Par écrit	Par langage des signes	Par geste (ex: pointer)	Avec un support <sup>3</sup> , précisez (tablette, pictogrammes...)

<sup>3</sup> Si le participant utilise un support, il sera essentiel de l'apporter et de le présenter à l'équipe

## 7. Intérêts et comportements

7.1 Quels sont ses centres d'intérêts ?

---

---

---

7.2 Quels sont ses habitudes de vie ou routines qui sont importantes de connaître ?

---

---

---

---

7.3 Quelles sont ses peurs qu'il serait bon de connaître (ex. : du noir, des animaux, de l'eau, du bruit, vertige, etc.) ?

---

---

---

7.4 Quels sont les comportements auxquels on doit porter attention (ex. : opposition, errance, automutilation, comportements agressifs) ?

---

---

---

7.5 Quelles sont les interventions à faire lors de l'apparition de comportements expliqués à la question 7.4 ?

---

---

---

---

7.6 Autres besoins particuliers qui n'ont pas été décrit plus haut (ex. : position au coucher, positionnement dans fauteuil, transfert, etc.) ?

---

---

---

---

7.7 Autres informations pertinentes concernant le participant :

---

---

---

---

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

Oui  Non

Si oui, merci d'en joindre une copie.

## 8. Alimentation

8.1 Le participant est-il alimenté par gastrostomie (gavage) ?	Oui	Non

Si oui, passez à la section 8.6

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

8.3 Outils d'aide à l'alimentation que le participant aura avec lui au Centre	Rebord à assiette	Assiette	Verre	Ustensiles	Tapis anti-glissement

8.4 Texture des aliments	Normale	Coupé finement à la main	Haché au robot culinaire	Purée texturée	Purée lisse

8.5 Consistance des liquides	Normale	Nectar*	Miel*	Pouding*

\* Si les liquides doivent être épaissis, vous devez apporter la poudre épaississante

8.6 Intolérance et allergie alimentaire	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 :					

8.7 Allergie	Légère	Modérée	Sévère (mortelle)	Précisions
Pollen et foin				
Piqûre d'insecte				Précisez :
Poils d'animaux				Précisez :
Pansements (colle)				
Latex				
Médicaments				Précisez :
Autres :				

Manifestations des allergies et intolérances :

---



---



---

Si une allergie nécessite un Épipen, vous devez l'apporter au Centre.

À quel endroit elle sera rangé l'Épipen lors du séjour? \_\_\_\_\_



## 9. Médication

9.1 Le participant doit-il prendre des médicaments ?  Oui  Non Si non, passez à la section 9.3

9.2 De quelle façon le participant prend ses médicaments habituellement ?

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



\*\*\*\*\*

**La médication doit OBLIGATOIREMENT être placée dans un dispill. Il peut être fait par la pharmacie ou la famille.**



*Vous devez également joindre le profil pharmaceutique du participant et nous le faire parvenir lorsqu'il y a des changements.*

9.3 Autorisation administration de médicaments au besoin

Prénom et 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.*

Les interactions médicamenteuses ont été vérifiées par un pharmacien ?  Oui  Non

REPRÉSENTANT LÉGAL  Père  Mère Autre

Je, Prénom et nom :

**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 :**

	O U I	N O N
Acétaminophène (Tylenol)		
Ibuprofène (Advil, Motrin)		
Polysporin (antibiotique)		
Bénadryl, Claritin		
Sirop contre la toux (Hélixa, Ulone)		
Anti-nausée (Gravol)		
Anti-diarrhée (Imodium)		
Suppositoire de glycérine, dulcolax		
Laxatif oral (lactulose, dulcolac, huile minéral)		
Fleet (lavement constipation)		
Crème analgésique pour douleur musculaire		
Crème antifongique		
Crème hydrocortisone		

**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

## 10. Autorisations

Participant,

prénom et nom : \_\_\_\_\_

Représentant légal :

Père

Mère

Autre \_\_\_\_\_

### 10.1 Autorisation d'utilisation de ridelles (côté de lits)

Je, (Prénom et nom) \_\_\_\_\_,

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 un lit ayant des ridelles complètes (côté de lits touchant la tête et le pied de lit).

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

Oui

Non

x

Signataire autorisé \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### 10.2 Autorisation d'utilisation d'images et de sons (photos, films, vidéo)

Je, (Prénom et nom) \_\_\_\_\_,

soussigné et ayant le droit d'agir en tant que représentant légal du participant(e) nommé(e) ci-dessus autorise ou refuse (selon le choix indiqué) l'utilisation par le Centre Normand-Léveillé ou la Fondation des images, sons ou vidéos 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).

#### ENGAGEMENT DU CENTRE

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

Cochez l'option choisie	
JE REFUSE que l'on utilise des images, sons ou vidéos du participant mentionné	
J'AUTORISE l'utilisation d'images, sons ou vidéos en <b>identifiant</b> le participant	
J'AUTORISE l'utilisation d'images, sons ou vidéos en <b>gardant l'anonymat</b> du participant	

x

Signataire autorisé \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Désirez-vous recevoir l'infolettre du Centre Normand-Léveillé ?

Oui

Non

À l'adresse courriel suivante : \_\_\_\_\_

### 10.3 Autorisation d'échange d'informations

Participant, prénom et nom : \_\_\_\_\_

REPRÉSENTANT LÉGAL

Père

Mère

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Je (Prénom et nom du représentant légal), \_\_\_\_\_

(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.**

**CIUSSS/CISSS** Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**École** Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Pharmacie** Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Autre** Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Autre** Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Titre de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

x  
\_\_\_\_\_  
Signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

**Merci d'avoir pris le temps de compléter la fiche santé!**  
**Plus elle est complète, mieux nous sommes préparés à accueillir le participant.**  
**Vous pouvez l'envoyer à [centre@repitecnl.ca](mailto:centre@repitecnl.ca) ou [services@repitecnl.ca](mailto:services@repitecnl.ca)**  
**ou encore par télécopie au 819-478-4434.**

