

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

2019
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

1- Le participant est-il porteur ou souffre-t-il de :

a) Hépatite A	Oui <input type="text"/>	Non <input type="text"/>
b) Hépatite B	Oui <input type="text"/>	Non <input type="text"/>
c) Hépatite C	Oui <input type="text"/>	Non <input type="text"/>
d) VIH	Oui <input type="text"/>	Non <input type="text"/>

2- Le participant a-t-il été vacciné contre le tétanos? Oui Non
Si oui, date du dernier vaccin :

3- Le participant a-t-il été vacciné contre l'hépatite B? Oui Non

4- Le participant a-t-il tendance à développer des plaies ? Oui Non
Si oui, à quel endroit?

5- Le participant souffre de :

A) Épilepsie Oui Non
Date de la dernière crise :
Manifestation de la crise (absence, convulsions) :

B) Troubles cardiaques Oui Non
Spécifiez le trouble (angine, infarctus, autre) :
Date de(s) dernière(s) crise(s) :

C) Asthme ou trouble respiratoire Oui Non
Précisez :

D) Eczéma ou psoriasis Oui Non
Spécifiez :
Sur quelle partie du corps :

E) Malformation dorsale, scoliose, lordose, cyphose Oui Non
Spécifiez :

F) Diabète : Oui Non
Prise de glycémie : Si oui, à quelle fréquence : Non
Prise d'insuline : Si oui, à quelle fréquence : Non

G) Antécédent de traumatisme crânien

Oui _____

Non _____

Spécifiez : _____

6- Le participant a-t-il été hospitalisé dans les 12 derniers moi:

Oui _____

Non _____

Si oui, expliquez :

7- Autres détails concernant la santé du participant :

MES HABITUDES DE VIE**1- Mes déplacements**

A- Je marche :

Ne s'applique pas	Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle

B- J'utilise un outil d'aide à la marche :

Tous outils d'aide à la marche doivent être apportés par la famille

Ne s'applique pas	Ceinture de marche	Canne	Marchette

Fauteuil roulant manuel	Fauteuil roulant électrique

C- J'utilise un fauteuil roulant occasionnellement :

Ne s'applique pas	Sur terrain inégal	Sur de longues distances

Préciser la distance : _____

D- Je dois porter :

Ne s'applique pas	Orthèse	Prothèse	Bas support

Préciser l'endroit : _____

2- Autonomie

A- Je me transfère :

Ne s'applique pas	Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle	Aide totale

Méthode « câlin »	Lève-personne

B- Je me lave :

Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle	Aide totale

C- Je me brosse les dents :

Je n'ai pas de dents

Je porte un dentier ou un partiel	Haut	Bas

Ne s'applique pas	Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle	Aide totale

D- Je m'habille :

Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle	Aide totale

E- Je porte des culottes d'incontinence :

Ne s'applique pas	De jour	De nuit	En tout temps

Fréquence des changements : _____

Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle	Aide totale

F- Lorsque je vais à la toilette :

Et que j'urine, j'ai besoin :

Ne s'applique pas	Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide pour s'essuyer

Je porte une sonde urinaire

Et que je fais une selle, j'ai besoin :

Ne s'applique pas	Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide pour s'essuyer

G- J'ai besoin d'une veste de flottaison dans la piscine :

Oui _____ Non _____

H- Je fais une sieste le jour :

Oui	Non	À l'occasion

En avant-midi	En après-midi	Durée de la sieste

I- Je suis capable de monter et de dormir dans un lit superposé:

Oui _____ Non _____

J- J'ai besoin de lever ma tête de lit :

Oui _____ Non _____

K- J'ai besoin d'une ridelle (côté de lit):

Oui _____ Non _____

**Prendre note que nos ridelles de lit 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**3- Communication**

A- J'ai une vue :

Excellente	Suffisante	Faible	Je porte des lunettes
_____	_____	_____	_____

J'ai une cécité	Œil droit	Œil gauche	J'utilise une canne	Je dois me faire guider
_____	_____	_____	_____	_____

B- J'ai une ouïe :

Excellente	Suffisante	Faible	Porte des appareils auditifs	Oreille droite	Oreille gauche
_____	_____	_____	_____	_____	_____

J'ai une surdité	Oreille droite	Oreille gauche
_____	_____	_____

C- J'exprime mes besoins et mes désirs :

Ne s'applique pas	Toujours	À l'occasion
_____	_____	_____

Verbalement	Par écrit	Par geste	Par pictogramme	Par ordinateur
_____	_____	_____	_____	_____

D- Ma compréhension est :

Excellente	Suffisante	Faible
_____	_____	_____

E- Je peux exécuter une consigne :

Autonome	Supervision	Rappel verbal	Aide partielle	Aide totale
_____	_____	_____	_____	_____

4- Mon comportement

A- Mes centres d'intérêt sont :

B- On doit porter attention à certains de mes comportements :

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

D- J'ai certaines habitudes ou routines de vie qui sont importantes de connaître :

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

F- J'ai 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

Manifestations aux 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.

1- Le participant doit prendre des médicaments. Oui Non
 Sans eau Avec eau Coupé Écrasé
 Avec compote Autre, précisez :

À remplir ou joindre le profil pharmacologique du pharmacien

Nom du médicament :	Matin <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Midi <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Souper <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Coucher <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
Remarque :	<input type="text"/>		
Nom du médicament :	Matin <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Midi <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Souper <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Coucher <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
Remarque :	<input type="text"/>		
Nom du médicament :	Matin <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Midi <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Souper <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Coucher <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
Remarque :	<input type="text"/>		
Nom du médicament :	Matin <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Midi <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Souper <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Coucher <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
Remarque :	<input type="text"/>		
Nom du médicament :	Matin <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Midi <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Souper <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
	Coucher <input type="text"/>	Dosage :	<input type="text"/>
Remarque :	<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 _____	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 (hélixia, 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