

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNUELLE

Veillez noter qu'il est **obligatoire** de remplir cette fiche de renseignements chaque année. Ces informations sont importantes pour chacune de nos activités (répits, loisirs, groupe de jour, danse, quilles, etc.).

SVP assurez-vous de remplir complètement ce formulaire.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom et nom :				
Date de naissance :				
Diagnostic(s) :				
# d'assurance-maladie :				
Adresse de résidence :			Code postal :	
Nom de la personne-ressource si RTF, RI ou autre :	Nom :			
	Tél. :	Cell. :		
Courriel de la résidence :				
Répondant légal :	Parent(s)			
	Nom :			
	Adresse :			
	Tél. :	Cell. :		
	Courriel :			
	Curateur	# de dossier :		
	Autre	Précisez .		
Nom :				
Adresse :				
Tél. :			Cell. :	
Courriel :				
En cas d'urgence (1) :	Nom :			
	Tél. :	Cell. :		
En cas d'urgence (2) :	Nom :			
	Tél. :	Cell. :		
En cas d'urgence (3) :	Nom :			
	Tél. :	Cell. :		
Médecin traitant :	Nom :			
	Tél. :			

Habitudes de vie

Alimentation

Besoin d'aide pour manger	Oui	Non	Besoin d'aide pour boire	Oui	Non
Diète spéciale	Oui	Non	Préciser:		
Fiche alimentaire	Oui	Non	Si oui, SVP nous fournir une copie		
Allergie	Oui	Non	Préciser:		

Communication

Langage utilisé	Parlé	Gestuel	Non verbal	Appareil de communication
-----------------	-------	---------	------------	---------------------------

Compréhension

Le membre comprend	Facilement	Difficilement	À l'aide d'un système de pictos
Le membre se fait comprendre	Facilement	Difficilement	À l'aide d'un système de pictos

Déplacement

Le membre se déplace en fauteuil roulant	Seul	Avec aide	Ne s'applique pas
Le membre se déplace avec d'autres appareils	Seul	Avec aide	Ne s'applique pas

Habillement

Le membre a besoin d'aide pour s'habiller	Oui	Non
---	-----	-----

Loisirs (jeux/sports préférés)

Médication

Le membre prend de la médication	Oui*	Non
*Veuillez SVP remplir le formulaire médicale		
Le membre prend sa médication seul	Oui	Non

Problèmes de comportement

Le membre a des troubles de comportement	Oui	Non	
Si oui, nature des troubles:	Agressivité envers lui-même	Opposition	Hyperactivité
	Agressivité envers les autres	Risque de fugue	Impulsivité
	Méconnaissance du danger	Autre (Préciser):	

Quelle est la meilleur méthode d'intervention? Le membre a-t-il une fiche de désescalade? Si oui, SVP nous fournir une copie.

Soins personnels

Le membre a besoin d'aide pour:	Aller à la toilette	Incontinence	Se laver
---------------------------------	---------------------	--------------	----------

Y a-t-il un(e) intervenant(e) au dossier? Oui Non

Si oui, nom :

Tél. :

En cas de besoin, permettez-vous à l'AIS de communiquer et d'échanger des informations à son sujet?
Oui Non

Tous les renseignements que vous nous avez communiqués seront traités confidentiellement. Si vous avez des questions ou des suggestions à nous faire, n'hésitez pas à nous contacter à l'Association au 418-228-5021.

Qui a rempli le formulaire?:

Date: