

Fiche de renseignements



2024 - 2025

IDENTIFICATION

Membre

1- Nom: _____

2- Adresse: _____
Ville Province Code postal

3- Téléphone: _____ 4- Cellulaire: _____

5- Date de naissance: _____ 6- Diagnostic: _____

7- Grandeur: _____ 8- Poids: _____

9- Numéro d'assurance maladie: _____ 10- Numéro carte hôpital: _____

11- Le membre porte: Lunettes Appareil auditif Orthèse Autre: _____

12- Intervenant au dossier?: Oui* Non *Quel est son nom? _____

13- A-t-il une fiche alimentaire?: Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir une copie récente.**

14- A-t-il une fiche de désescalade?: Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir une copie récente.**

Répondant

1- Rôle du répondant? Parent/Fratrie? Responsable RI/RTF/RAC? Autre? _____

2- Nom: _____

3- Adresse: _____
Ville Province Code postal

4- Téléphone: _____ 5- Cellulaire: _____

6- Courriel: _____

HABITUDES DE VIE

1- Le membre a besoin d'aide pour:

Boire

Manger

S'habiller

N/A

2- Le membre se déplace à l'aide d'un/d'une:

Fauteuil roulant

Déambulateur

Canne

N/A

3- Salle de bain:

Transfère

Incontinence

N/A

Autre? _____

4- Langage utilisé:

Verbal

Non verbal

Gestuel

Appareil de communication

5- Comprend:

Facilement

Difficilement

À l'aide de pictogrammes ou d'un système visuel

6- Se fait comprendre:

Facilement

Difficilement

À l'aide de pictogrammes ou d'un système visuel

7- Autres particularités:

Impulsivité

Opposition

TDA/H

Risque de fugue

Agressivité avec lui-même

Agressivité envers les autres

Autre: _____

N/A

8- Loisirs, jeux et préférences:

--

SANTÉ / MÉDICATION

1- Le membre a-t-il un problème de santé? Oui* Non ***Si oui, lequel/lesquels? (SVP cocher ci-bas)**

Allergies Le membre a-t-il une Épipen? Oui* Non ***Si oui, veuillez nous la fournir.**

Le membre est allergique à/aux: _____

Diabète Le membre a-t-il une insuline? Oui* Non ***Si oui, veuillez nous fournir le protocole.**

Diète spéciale Spécifier: _____

Épilepsie Le membre a-t-il un Diastat? Oui* Non *** Si oui, veuillez nous fournir le protocole.**

Maladie cardiaque Spécifier: _____

Maladie respiratoire Spécifier: _____

2- Autre(s) information(s) importante(s) à propos de la santé du membre que nous devrions savoir:

3- Le membre a-t-il une médication? Oui* Non ***Si oui, veuillez coller l'étampe de votre pharmacie.**

COLLER L'ÉTAMPE ICI!

Si vous avez rempli la fiche de niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire du CISSSCA, veuillez SVP nous la fournir.

AUTORISATIONS

Autorisations

1- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan de communiquer et d'échanger des informations auprès des professionnels/travailleurs de la santé (intervenants au dossier, infirmiers, pharmaciens, etc.)?

Oui Non

2- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan d'utiliser des photos du membre (en tout ou en partie) à des fins de diffusion tels que brochures, revues, journaux, télévision, salle de classe, réseaux sociaux, etc. ?

Oui Non

3- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan et son personnel de prendre les dispositions nécessaires afin que le membre reçoive les soins appropriés en cas de maladie ou d'accident?

Oui Non

4- Permettez-vous à l'AIS Beauce-Sartigan et son personnel à administrer la médication et tous autres actes médicaux permis par la loi 90?

Oui Non

5- J'autorise le personnel de l'AIS Beauce-sartigan à distribuer les comprimés suivants au membre:

Aspirine

Tyléno

Advil

Motrin

Administration

1- Est-ce que le membre a un budget accordé par le CLSC? Si oui, quel est le montant accordé par activité?

Oui* Non *Montant accordé? _____

2- Est-ce que le membre a un dossier au Curateur Public?

Oui* Non *Numéro de dossier? _____

3- À quel fréquence désirez-vous recevoir la facturation pour les activités?

Hebdomadaire

Mensuel

En signant ce formulaire, vous acceptez que l'AIS Beauce-Sartigan recueille et traite différents types de renseignements personnels concernant le membre pour le bon fonctionnement de ses activités.

Signature du répondant: _____

Date: _____