|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** | | | | | | | | |
| **IDENTIFICATION** | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | | | |  |
| Prénom : | | | | | | | |
| Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | | | |
| Âge :       ans | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | | | | | |
| Poids :        Kg  Lbs | | | | | | | |
| Grandeur :       cm | | | | | | | |
| Numéro d’assurance maladie : | | | | | | | |
| Numéro transport usager (transport adapté) : | | | | | | | |
| Numéro téléphone pharmacie : | | | | | | | |
| Diagnostic : | | | | | | | |
| **INFORMATIONS SUR LES PARENTS/TUTEURS** | | | | | | | | |
| Parent #1 : Père  Mère  Autre  : | | | | | Parent #2 : Père  Mère  Autre  : | | | |
| Nom : | | | | | Nom : | | | |
| Prénom : | | | | | Prénom : | | | |
| Adresse complète :  Idem que le participant : | | | | | Adresse complète :  Idem que le participant : | | | |
| Téléphone maison :  Cellulaire : | | | | | Téléphone maison :  Cellulaire : | | | |
| Courriel : | | | | | Courriel : | | | |
| # Ass. sociale : | | | | | # Ass. sociale : | | | |
| *le # d’assurance sociale est demandé uniquement pour l’émission de reçus de frais de garde. Vous pouvez donner uniquement le # du parent auquel le reçu doit être émis*  répits facturés à (CLSC, organisme, nom et prénom du parent, etc.)*:* | | | | | | | | |
| **PERSONNES À AVISER EN CAS D’URGENCE (AUTRE QUE LE PARENT)** | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | | | | |
| Prénom : | | | | | | | | |
| Lien avec le participant : | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | | | | |
| **PARTICULARITÉS MÉDICALES** | | | | | | | | |
| *Vous devez obligatoirement remplir les pages de 2 à 6.*  *Bien vouloir compléter* ***SEULEMENT*** *les annexes qui correspondent au profil de votre enfant.* | | | | | | | | |
| A DES PROBLÈMES MÉDICAUX (remplir annexe A)  A DES PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES (allergies, intolérance, rigidité, régime, etc.) (remplir annexe B)  PREND DE LA MÉDICATION (remplir annexe C)  FAIT DE L’ÉPILEPSIE (remplir annexe D)  ALIMENTÉ PAR GAVAGE (remplir annexe E)  AIDES TECHNIQUES (remplir annexe F) | | | | | | | | |
| **RESSOURCES DE JOUR** | | | | | | | | |
| ÉCOLE/GARDERIE | Nom de l’école/garderie :  Personne à contacter :  Coordonnées (téléphone et/ou courriel) : | | | | | | | |
| CRDI | Intervenant.e :  Coordonnées (téléphone et/ou courriel) : | | | | | | | |
| AUTRES MILIEUX | Nom du milieu :  Personne à contacter :  Coordonnées (téléphone et/ou courriel) : | | | | | | | |
| **COMMUNICATION** | | | | | | | | |
| MOYENS DE COMMUNICATION | | | | **S’exprime par:**  Parole  Langage des signes  Pictogramme  En pointant les objets  Autre :  **Parle :**  Couramment  Avec difficulté/quelques mots  non verbale | | | | |
| COMPRÉHENSION GÉNÉRALE | | | | **Compréhension :**  Excellente  Suffisante  Limitée | | | | |
| SUPPORT À LA COMPRÉHENSION | | | | **Ce qui supporte sa compréhension :**  Langage des signes  Dessin  Langage conceptuel  Pictogrammes  Photos | | | | |
| **HYGIÈNE ET AUTONOMIE FONCTIONNELLE** | | | | | | | | |
| **MOBILITÉ** | | | | | | | | |
| DÉPLACEMENT | | | Seul.e  Avec supervision  Fauteuil roulant  Particularité : | | | | | |
| TRANSFERT | | | Seul.e  Avec aide physique  Lève-personne  Non applicable | | | | | |
| **HABILLAGE ET SOINS PERSONNELS** | | | | | | | | |
| HABILLEMENT | | | Seul.e  Avec consignes verbales  Avec aide physique | | | | | |
| SE BROSSE LES DENTS | | | Seul.e  Avec consignes verbales  Avec aide physique | | | | | |
| **PROPRETÉ** | | | | | | | | |
| CULOTTE DE PROTECTION | | | En tout temps  Jour seulement  Nuit seulement  Non  Lors de la sieste | | | | | |
| TOILETTE | | | Seul.e  Avec supervision  Non | | | | | |
| DEMANDE POUR Y ALLER | | | Oui  Besoin de rappel  Non | | | | | |
| **HYGIÈNE CORPORELLE** | | | | | | | | |
| SE LAVE | | | Bain  Douche  Seul.e  Avec supervision  Avec aide physique | | | | | |
| **ALIMENTATION** | | | | | | | | |
| S’ALIMENTE PAR LA BOUCHE | | | Oui  Non | | | | | |
| S’ALIMENTE PAR GAVAGE | | | Oui  Non S*i oui, remplir annexe E* | | | | | |
| MANGE | | | Seul.e  Support d’une personne  Aide complète | | | | | |
| TEXTURE | | | Petits morceaux  Purée texturée  Purée lisse | | | | | |
| METS APPRÉCIÉS | | |  | | | | | |
| METS NON APPRÉCIÉS | | |  | | | | | |
| USTENSILES ADAPTÉS | | | Oui  Non Si oui, précisez : | | | | | |
| BOIT | | | Seul.e  Avec supervision  Avec aide  Ne boit pas | | | | | |
| Verre  Gobelet  Avec une paille  Bouteille | | | | | |
| CONSISTANCE BREUVAGE | | | Normale  Miel  Nectar  Pouding | | | | | |
| **GOÛTS ET INTÉRÊTS** | | | | | | | | |
| ACTIVITÉS AIMÉES | | |  | | | | | |
| SORTIES | | |  | | | | | |
| **SOMMEIL** | | | | | | | | |
| HEURE DU LEVER : | | | | | | HEURE DU COUCHER : | | |
| HABITUDE DE SOMMEIL | | Dort peu  Dort bien  Sommeil agité | | | | | | |
| TYPE DE LIT | | Lit simple  Avec barrière  Sans barrière  Matelas au sol  Bassinette | | | | | | |
| HABITUDES AVANT LE COUCHER (ROUTINE) | |  | | | | | | |
| **COMPORTEMENTS** | | | | | | | | |
| Le participant a-t-il un protocole de gestion des comportements provenant du CRDI ou du milieu scolaire ? | | | | | | | Oui  Non  *Si oui, merci de joindre à ce formulaire* | |
| **TENDANCE À AGRESSIF**  (ex : frapper, taper, mordre, etc.) | | Oui Précisez :  Frapper  Taper  Mordre  Autre :  Non | | | | | | |
| Déclencheurs | |  | | | | | | |
| Manifestations | |  | | | | | | |
| Interventions | |  | | | | | | |
| **TENDANCE À S’AUTOMUTILER**  (ex : se cogner la tête au sol, se frapper, etc.) | | Oui Précisez :  Non | | | | | | |
| Déclencheurs | |  | | | | | | |
| Manifestations | |  | | | | | | |
| Interventions | |  | | | | | | |
| **TENDANCE À MANGER DES SUBSTANCES NON-COMESTIBLES** | | Oui Précisez :  Non | | | | | | |
| **TENDANCE À FUGUER** | | Oui  Non | | | | | | |
| **TENDANCE À ÊTRE ANXIEUX** | | Oui  Non | | | | | | |
| Causes | |  | | | | | | |
| Manifestations | |  | | | | | | |
| Interventions | |  | | | | | | |
| **CRAINTES, PHOBIES, PEURS ?** | | Oui Précisez :  Non | | | | | | |

|  |
| --- |
| **AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS À SAVOIR SUR LE PARTICIPANT** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORISATIONS** | | |
| NOM DU PARTICIPANT : | | |
| Par la présente, j’autorise les Maisons des Lucioles et ses mandataires à poser les actions suivantes : | | |
|  | Prendre et diffuser des photographies et des vidéos sur les réseaux sociaux | |
|  | Aller observer en milieu scolaire | |
|  | Administrer la médication prescrite s’il y a lieu | |
|  | Faire des sorties à moins de 5km de la maison | |
|  | Faire des sorties à plus de 5km de la maison | |
|  | Échanger des renseignements avec des partenaires | |
|  | Donner le bain/douche et les soins nécessaires lors de répit | |
|  | Participer au programme de musicothérapie offert aux *Maisons des Lucioles* | |
|  | Participer au programme de massothérapie offert aux *Maisons des Lucioles* | |
|  | Surveiller par le biais de caméras sans enregistreur la nuit lors des répits afin d’assurer la santé/sécurité en tout temps | |
|  | Faire des sorties impliquant un transport dans le véhicule d’un.e intervenant.e (si non inscrit au STAC). Je dégage les *Maisons des Lucioles* de toutes responsabilités et je demeure responsable de tous incidents ou blessures pouvant survenir à mon enfant lors des sorties et lors des activités. | |
|  | Administrer des médicaments ou un produit en vente libre si son état le nécessite :  Acétaminophène  Ibuprofène  Bénadryl  Crème solaire  Hydrasense  Oxyde de zinc  Crème hydratante   : | |
| Si applicable, j’autorise le personnel des Maisons des Lucioles à utiliser la/les mesure.s de contrôle suivantes : | | |
|  | Système de blocage (coquille) sur la poignée de porte/porte barrée | |
|  | Poignée de marche | |
|  | Contention pour l’administration de la médication  Précisez : | |
| Initiales : | | Date : |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEXE A – PROBLÈMES MÉDICAUX/ALLERGIES** | |
| NOM DU PARTICIPANT : | |
| **ALLERGIE** | |
| Le participant a-t-il des allergies autres qu’alimentaires ?  Oui  Non | |
| Nommer le.s allergène.s : | |
| Possède-t-il un injecteur d’épinéphrine (ÉPIPEN)?  Oui  Non | |
| Décrire les réactions si le ou les allergène.s sont ingérés ou sont en contact avec le participant : | |
| S’il y a une procédure allergique, devons-nous suivre une procédure ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | |
| **PROBLÈMES MÉDICAUX** | |
| Le participant a-t-il une condition médicale particulière ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | |
| Est-ce qu’il y a une condition médicale particulière ?  Oui  Non  Si oui, décrivez ou joindre tout document pertinent : | |
| Quelles sont les situations dans lesquelles cette condition médicale nécessite les services d’urgences ? | |
| Est-ce que le participant a un intervenant à son dossier en lien avec sa condition médicale particulière ?  Oui  Non  Si oui, veuillez indiquer les coordonnées :  Nom :  Téléphone : | |
| Initiales : | Date : |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEXE B – PARTICULARITÉS ALIMENTAIRES** | |
| NOM DU PARTICIPANT : | |
| Le participant présente :  ALLERGIE  INTOLÉRANCE  RÉGIME  RIGIDITÉ | |
| **ALLERGIE** | |
| Produit.s allergène.s :  Possède-t-il un injecteur d’épinéphrine ?  Oui  Non    Décrire les réactions si le ou les produit.s allergène.s sont ingérés ou sont en contact avec le participant :    S’il y a une réaction allergique, devons-nous suivre une procédure ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | |
| **INTOLÉRANCE** | |
| Produit.s :  Décrire les réactions si le ou le.s produit.s sont ingérés ou sont en contact avec le participant :    S’il y a une réaction, devons-nous suivre une procédure ?  Oui  Non  Si oui, décrivez : | |
| **RÉGIME** | |
| Aliment.s proscrit.s : | |
| **RIGIDITÉ ALIMENTAIRE** | |
| Veuillez indiquer les mets-collations appréciés (précisez si c’est une marque en particulier) :  Déjeuner :  Repas :  Collations :  Breuvages : | |
| Initiales : | Date : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEXE C – MÉDICATION** | | | |
| NOM DU PARTICIPANT : | | | |
| **MÉDICATION RÉGULIÈRE** | | | |
| HEURES | SUIVIES  (Réservé aux intervenants) | MÉDICAMENT | POSOLOGIE |
| Lever : |  |  |  |
| Déjeuner : |  |  |  |
| Dîner : |  |  |  |
| Après-midi : |  |  |  |
| Souper : |  |  |  |
| Coucher : |  |  |  |
| Information complémentaire : | | | |
| **PRN** (épilepsie, antibiotique, sirop, pompe, etc.) | | | |
| MÉDICAMENT | POSOLOGIE | MOMENT OÙ NOUS DEVONS ADMINISTRER LA MÉDICATION | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| **PHARMACIE** | | | |
| VEUILLEZ INDIQUER LES COORDONNÉES DE VOTRE PHARMACIE :  NOM :  ADRESSE :  TÉLÉPHONE : | | | |
| **Prenez-note que la médication doit être préparée sous pilulier (pharmacie ou parent) et la médication liquide déjà dans des seringues identifiées. si la médication est préparée par le parent, nous devons avoir la prescription.** | | | |
| **RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION**  Je confirme qu’il n’y a pas de modification de la médication.  DATE :  SIGNATURE : | | | |
| Initiales : | | Date : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEXE D – PROTOCOLE DE CRISE D’ÉPILEPSIE** | |
| NOM DU PARTICIPANT : | |
| De quel type de crise d’épilepsie votre enfant souffre-t-il :  À quelle fréquence fait-il des crises :  Est-ce qu’il y a une marche à suivre lorsque votre enfant fait une crise (autre que sécurisé l’environnement) ?  Oui  Non    Si oui, décrivez :  Dans quelle.s circonstance.s votre enfant fait-il des crises d’épilepsie (le jour, la nuit, fatigue, etc.) ?    Doit-on administrer une médication d’urgence lors d’une crise ?  Oui  Non  Si oui, veuillez nous indiquer à quel moment nous devons lui donner :  Doit-on appeler les urgences ?  Oui  Non  Si oui, veuillez nous indiquer à quel moment nous devons les contacter :  Souhaitez-vous qu’on communique avec vous lorsqu’il y a une crise ?  Oui  Non  **Si oui**, veuillez nous indiquer à partir de quel moment vous voulez qu’on vous appelle : | |
| Initiales : | Date : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEXE E – ALIMENTATION PAR GAVAGE** | | | |
| NOM DU PARTICIPANT : | | | |
| Le gavage est administé : Par pompe  À la seringue | | | |
| Marque du lait utilisé pour le gavage :       Non applicable | | | |
| **HEURE ADMINISTRATION** | **QUANTITÉ (ML)** | **DÉBIT DE LA POMPE** | **LAIT OU EAU** |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
|  | ml | ml/heure | Lait  Eau |
| **BOUTON DE GASTROSTOMIE** | | | |
| Marque :       Longueur :       Diamètre : | | | |
| Si le bouton tombe : Appeler le parent  Aller à l’hôpital | | | |
| Nous autorisons une coordonnatrice des Maisons des Lucioles à changer le bouton de gastrostomie si besoin | | | |
| Initiales : | | Date : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANNEXE F – AIDES TECHNIQUES EN RÉPIT** | |
| NOM DU PARTICIPANT : | |
| **Aide technique utilisée**  Appareils auditifs  Orthèses (veuillez précisez main, pied, gauche, droit, etc. dans la section information complémentaire)  Corset  Autre :  **Durée** (exemple : seulement de jour, 4h/jour, 23h/24, etc.) :  Information complémentaire : | |
| **Aide technique utilisée**  Appareils auditifs  Orthèses (veuillez précisez main, pied, gauche, droit, etc. dans la section information complémentaire)  Corset  Autre :  **Durée** (exemple : seulement de jour, 4h/jour, 23h/24, etc.) :  Information complémentaire : | |
| **Aide technique utilisée**  Appareils auditifs  Orthèses (veuillez préciser main, pied, gauche, droit, etc. dans la section information complémentaire)  Corset  Autre :  **Durée** (exemple : seulement de jour, 4h/jour, 23h/24, etc.) :  Information complémentaire : | |
| Initiales : | Date : |