

Fiche de renseignements uniformisée

| 1. Renseignements sur l'identité du participant et de son responsable | | | | | |
|---|--|--|-------------|--------------------------|-----------------------|
| Nom du participant | | Prénom du participant | | | |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj) | | Age (au 30 septembre) | | | |
| Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre | | Précision quant à l'identité de genre du participant s'il y a lieu | | | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | | Lieu de résidence <input type="checkbox"/> Famille naturelle <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Avec ses deux parents <input type="checkbox"/> Avec parent/respo #1 <input type="checkbox"/> Avec parent/respo #2 | | | |
| Ville | | Province QC | Code postal | | Téléphone (résidence) |
| Parent/ responsable #1- Nom | | Prénom | | Lien avec le participant | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | | Ville | | Province | Code postal |
| Téléphone (résidence) | | Téléphone (cellulaire) | | Courriel | |
| Parent/responsable #2- Nom | | Prénom | | Lien avec le participant | |
| Téléphone (résidence) | | Téléphone (cellulaire) | | Courriel | |
| Adresse principale (numéro, rue, appartement) | | Ville | | Province | Code postal |
| À qui adresser les communications ? <input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Parent/respo #1 <input type="checkbox"/> Parent/Respo #2 Mode de communication privilégié <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone | | Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents/responsables notés précédemment) : Prénom et nom : _____ Lien avec le participant : _____ Numéro de téléphone : _____ | | | |
| Le participant fréquente présentement l'école, le service de garde ou le centre de jour. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si oui, quel est le nom de l'école, du service de garde ou du centre de jour ? | | | |
| Est-ce que le participant bénéficie de services particuliers à l'école/garderie/centre de jour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| Si oui, quels sont les services particuliers offerts ? <input type="checkbox"/> Éducation spécialisée <input type="checkbox"/> Psychoéducation <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ Précisez : _____ | | | | | |
| Est-ce que la participant est admis au Service de transport adapté de la Capitale (STAC) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel est son numéro d'utilisateur ? _____ | | | | | |
| 2. Diagnostic du participant | | | | | |
| Le participant a-t-il reçu un diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Le participant est-il en attente d'un diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, inscrire les coordonnées du professionnel avec lequel vous avez amorcé des démarches pour établir un diagnostic à la section 4.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | | <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Profonde | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) | | <input type="checkbox"/> Niveau 1 – Besoin de soutien <input type="checkbox"/> Niveau 2 – Besoin de soutien important <input type="checkbox"/> Niveau 3 – Besoin de soutien très important | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | | <input type="checkbox"/> Fine <input type="checkbox"/> Globale Précisez le diagnostic : _____ Précisez les aides techniques (ex : fauteuil roulant, marchette...) : | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Semi-voyant <input type="checkbox"/> Non-voyant Précisez les aides à la mobilité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | <input type="checkbox"/> Malentendant <input type="checkbox"/> Sourd Port d'appareils auditifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Besoin de services d'interprète : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> LSQ <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Oraliste <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention | <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité (TDA) <input type="checkbox"/> Avec hyperactivité (TDAH) <input type="checkbox"/> Avec impulsivité (TDAH/I) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale | Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre diagnostic | Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Particularités du participant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Habituellement, le participant nécessite quel ratio d'accompagnement (intervenant : participant)? | <input type="checkbox"/> 1 pour 1 <input type="checkbox"/> 1 pour 2 <input type="checkbox"/> 1 pour 3 <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manifestations comportementales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Envers les autres <input type="checkbox"/> Envers lui-même <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Opposition Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le participant a-t-il un plan ou un protocole lié aux manifestations comportementales ciblées à la question précédente ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Plan de gestion de comportement <input type="checkbox"/> Protocole EMI (Équipe mobile d'intervention) <input type="checkbox"/> Trajectoire trouble grave du comportement (TGC) Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anxiété <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communication | <table border="0"> <tr> <td>Parle</td> <td>Compréhension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Couramment</td> <td><input type="checkbox"/> Excellente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avec difficulté/quelques mots</td> <td><input type="checkbox"/> Suffisante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non-verbal</td> <td><input type="checkbox"/> Limitée</td> </tr> <tr> <td>S'exprime par</td> <td>Support à la compréhension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parole</td> <td><input type="checkbox"/> Langage des signes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Langage des signes</td> <td><input type="checkbox"/> Dessin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pictogramme</td> <td><input type="checkbox"/> Langage conceptuel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Par geste, en pointant</td> <td><input type="checkbox"/> Pictogrammes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> <td><input type="checkbox"/> Photos</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table> | Parle | Compréhension | <input type="checkbox"/> Couramment | <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Avec difficulté/quelques mots | <input type="checkbox"/> Suffisante | <input type="checkbox"/> Non-verbal | <input type="checkbox"/> Limitée | S'exprime par | Support à la compréhension | <input type="checkbox"/> Parole | <input type="checkbox"/> Langage des signes | <input type="checkbox"/> Langage des signes | <input type="checkbox"/> Dessin | <input type="checkbox"/> Pictogramme | <input type="checkbox"/> Langage conceptuel | <input type="checkbox"/> Par geste, en pointant | <input type="checkbox"/> Pictogrammes | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Photos | | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| Parle | Compréhension | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Couramment | <input type="checkbox"/> Excellente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Avec difficulté/quelques mots | <input type="checkbox"/> Suffisante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non-verbal | <input type="checkbox"/> Limitée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S'exprime par | Support à la compréhension | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parole | <input type="checkbox"/> Langage des signes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Langage des signes | <input type="checkbox"/> Dessin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pictogramme | <input type="checkbox"/> Langage conceptuel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Par geste, en pointant | <input type="checkbox"/> Pictogrammes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Photos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Allergènes : EpiPen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, l'anaphylaxie est causée par les allergènes suivants : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Stimulateur du nerf vague (aimant) Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Avec pompe à insuline <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Médicament oral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Asthme chronique <input type="checkbox"/> À l'effort <input type="checkbox"/> En temps d'allergies saisonnières <input type="checkbox"/> Utilise une ou des pompe(s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre condition de santé ou problème médical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médication <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> La prend seul <input type="checkbox"/> La prend avec aide Heure (notez toutes les heures auxquelles le participant doit prendre une médication) : Précisions supplémentaires : Note : Le parent ou responsable du participant se doit de fournir à l'organisme la feuille d'administration de la médication de la pharmacie à jour au moment du service. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Particularités alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nourriture <input type="checkbox"/> Intolérances alimentaires <input type="checkbox"/> Diète et/ou régime <input type="checkbox"/> Rigidité alimentaire <input type="checkbox"/> Alimentation par gavage <input type="checkbox"/> Autre : _____ Texture : <input type="checkbox"/> Morceaux/bouchées <input type="checkbox"/> Lisse <input type="checkbox"/> Liquide Breuvage <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Épaissit Précisez : |
| Peurs, phobies importantes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Autre | Précisez : |

Si vous avez répondu oui à au moins l'une des questions de la section 3, chaque organisme se réserve le droit de vous fournir des formulaires supplémentaires à compléter afin de décrire les besoins du participant de façon plus détaillée et assurer sa sécurité lors de son intégration aux services.

4. Intervenant(s) du participant

Le participant n'est suivi par aucun intervenant.

Intervenant 1

| | | |
|---|-----------------|---|
| Nom du professionnel | Titre, fonction | Milieu de travail (école, CIUSSS, etc.) |
| Téléphone (incluant le numéro de poste) | Courriel | |

Intervenant 2

| | | |
|---|-----------------|---|
| Nom du professionnel | Titre, fonction | Milieu de travail (école, CIUSSS, etc.) |
| Téléphone (incluant le numéro de poste) | Courriel | |

Intervenant 3

| | | |
|---|-----------------|---|
| Nom du professionnel | Titre, fonction | Milieu de travail (école, CIUSSS, etc.) |
| Téléphone (incluant le numéro de poste) | Courriel | |

Intervenant 4

| | | |
|---|-----------------|---|
| Nom du professionnel | Titre, fonction | Milieu de travail (école, CIUSSS, etc.) |
| Téléphone (incluant le numéro de poste) | Courriel | |

5. Paiement et relevés fiscaux

Paiement – personne à qui facturer les services

- Participant
 Parent/responsable #1
 Parent/responsable #2
 CIUSSS, coordonnées auxquelles envoyer les factures :
 Prénom et nom : _____
 Fonction : _____
 Courriel : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Curateur, numéro de dossier : _____
 Autre : _____

Relevé 24 – Informations de la personne à qui émettre le relevé, si demandé

Prénom et nom : _____
 Lien avec le participant : _____
 Numéro d'assurance sociale : _____

6. Autorisation et responsabilité

J'atteste que les informations fournies sont vraies et à jour au moment de compléter ce formulaire.

En tant que signataire du formulaire, je comprends que j'ai la responsabilité de fournir toute nouvelle information ou changement à la situation du participant, et ce, à l'ensemble des organismes auxquels j'ai envoyé ce formulaire.

Je reconnais et comprends que j'ai la responsabilité de compléter et de retourner tout document d'information supplémentaire demandé par les organismes. Si je ne retourne pas les documents dûment complétés selon les délais prévus, je comprends que le processus d'inscription du participant pourrait être annulé, sous décision de l'organisme concerné.

J'autorise les personnes responsables des organismes à communiquer et à échanger de l'information avec les intervenants cités à la section 4.

Je reconnais et comprends que j'ai la responsabilité de fournir la feuille d'administration de la médication (FADM) à jour aux organismes fréquentés par le participant.

J'autorise les personnes habilitées des organismes à administrer la médication au participant.

Médication prescrite sous ordonnance, tel que spécifié dans la FADM de la pharmacie que je remettrai aux personnes responsables au moment du service.

Médication non prescrite ou vendue en vente libre si son état le nécessite.

Acétaminophène

Ibuprofène

Bénadryl

Crème solaire

Crème hydratante

Autre : _____

J'autorise les organismes à prendre et à utiliser des photos et vidéos du participant pour utilisation à l'interne et publique (ex. outils d'intervention, réseaux sociaux, rapport d'activités, etc.).

7. Signature

Prénom et nom de la personne ayant complété le formulaire

Lien avec le participant

Participant lui-même Parent/responsable

Intervenant Autre :

Signature

Date