

FORMULAIRE D'INFORMATION UNIFORMISÉ

Date et heure d'inscription :

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE LA PERSONNE PARTICIPANTE

1.1 Identité

Prénom

Nom

Date de
naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

Âge (au 30 septembre) :

1.2 INFORMATIONS RELIÉS AU DOSSIER MÉDICAL

Le participant a-t-il un diagnostic à son dossier médical ?

Oui

Attente de diagnostic
(En processus d'évaluation)

Non

Déficiência intellectuelle

Légère

Modéré

Sévère / profonde

Trouble du spectre de l'autisme
(TSA)

Niveau 1

Besoin de soutien

Niveau 2

Besoin de soutien important

Niveau 3

Besoin de soutien très important

Déficiência visuelle

Semi-voyant

Non-voyant

Aide à la mobilité :

Aucun

Canne blanche

Chien guide

Trouble du développement du
langage

Expression

Compréhension

Mixte Précisez

Précisez :

Déficiência auditive

Malentendant

Sourd

Services d'interprète : Aucun LSQ ASL Oraliste

Déficiência motrice

Déficiência de la motricité fine

Déficiência de la motricité globale

Aide à la mobilité : Canne de marche

Déambulateur

Fauteuil roulant : Manuel

Électrique

Précisions :

Autre(s) :

Autonomie lors de ses déplacements :

Se déplace seul

Besoin partiel d'accompagnement

Nécessite une aide complète
pour se déplacer

Allergies

Oui

Non

Précisez :

EpiPen Oui Non

Si oui, l'anaphylaxie est causée par les allergènes suivants :

Diabète Oui Non
 Avec pompe à insuline Injection Médicament oral

Asthme Oui Non
 Asthme chronique À l'effort En temps d'allergies saisonnières

La personne utilise-t-elle une ou des pompes ? : Oui Non

Précisez le nombre et le nom des pompes utilisées : _____

Épilepsie Oui Non
 Médicament Diastat Stimulateur du nerf vague (aimant)

Précisez :

Autre condition de santé ou de problème médical

Trouble déficitaire de l'attention : Oui Non
 Sans hyperactivité (TDA) Avec hyperactivité (TDAH)

Trouble de santé mentale : Oui Non

Est accompagné d'un chien d'assistance ?
Précisez les raisons et la fonction principale du chien d'assistance :

Autres conditions médicales :

1.2 Coordonnées de la personne participante

N° civique

Rue

Appart.

Ville

Province

Code postal

N° téléphone associé à l'adresse

Arrondissement

Type de résidence

- Beauport Charlesbourg La Cité-Limoilou
 La Haute-Saint-Charles Les Rivières St-Fo
 Hors ville de Québec (Ancienne-Lorette, Wendake, autre)

- Famille naturelle
 Famille d'accueil
 RI-RTF

Précisez : _____

Autre : _____

La personne utilise-t-elle les services de transport adaptés de la capitale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° STAC : _____
Le chauffeur du STAC peut-il laisser le participant seul à son arrivée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre méthode de transport utilisé : _____
Le participant peut-il quitter de manière autonome ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

1.3 Responsables / répondants / parents du participant

Responsable #1 Lien avec le participant :

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Téléphone(s)</u>		Cellulaire _____	Autre _____
		Précision :	
Domicile _____		<u>Courriel</u>	
Adresse de résidence principale <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse principale du participant			
<u>Numéro civique</u>		<u>Rue</u>	
<u>Appart.</u>	<u>Ville</u>	<u>Province</u>	<u>Code Postal</u>

Responsable #2 Lien avec le participant :

<u>Nom</u>		<u>Prénom</u>	
<u>Téléphone(s)</u>		Cellulaire _____	Autre _____
		Précision :	
Domicile _____		<u>Courriel</u>	
Adresse de résidence principale <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse principale du participant			
<u>Numéro civique</u>		<u>Rue</u>	
<u>Appart.</u>	<u>Ville</u>	<u>Province</u>	<u>Code Postal</u>

Adresser les communications

Ses deux parents Parent/Responsable #1 Parent/Responsable #2

Mode de communication privilégié

Courriel 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	#1 : _____
	#2 : _____

4. Autonomie et spécificités

4.1 Langage et communication

Le participant s'exprime par

- | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mots | <input type="checkbox"/> Langage des signes | <input type="checkbox"/> Écriture |
| <input type="checkbox"/> Sons | <input type="checkbox"/> Par geste, en pointant | <input type="checkbox"/> Pictogrammes |
| | <input type="checkbox"/> Langage conceptuel | Autre : _____ |

Le participant comprend par

- | | | |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mots | <input type="checkbox"/> Langage des signes | <input type="checkbox"/> Écriture |
| <input type="checkbox"/> Sons | <input type="checkbox"/> Par geste, en pointant | <input type="checkbox"/> Pictogrammes |
| | <input type="checkbox"/> Langage conceptuel | Autre : _____ |

Le participant a-t-il un/des support(s) à la compréhension prédéfini(s) ?

- Non Je ne sais pas
- Oui (pictogrammes précis, tableau personnalisé, etc)

Préciser le/les type(s) de support et un contexte où il est utilisé :

Analyse de la Compréhension

<input type="checkbox"/> Compréhension suffisante	La personne comprend les instructions et les informations avec peu ou pas de soutien. Elle peut suivre des consignes simples et effectuer des tâches de manière autonome
<input type="checkbox"/> Compréhension bonne avec intervention répétée	La personne comprend les instructions après plusieurs répétitions ou explications. Elle peut avoir besoin de rappels fréquents et de vérifications pour s'assurer qu'elle a bien compris.
<input type="checkbox"/> Compréhension faible avec beaucoup de soutien	La personne a des difficultés à comprendre les instructions même après plusieurs explications. Elle nécessite un soutien constant et des aides visuelles ou tactiles pour comprendre et exécuter les tâches.
<input type="checkbox"/> Compréhension limitée	La personne a une compréhension très limitée des instructions et des informations. Elle a besoin d'un accompagnement intensif et personnalisé, souvent en un-à-un, pour réaliser des tâches simples.

4.2 Comportement

Anxiété

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Généralisé : | Inquiétude excessive et persistante concernant divers aspects de la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Situationnelle | Se manifeste uniquement dans des situations/contextes spécifiques.
Ex : À la vue d'un objet, avant l'heure du souper, dans un groupe, monter des escaliers, pendant l'absence d'une personne significative, etc. |
| <input type="checkbox"/> Normal : | Rare sont les symptômes d'anxiété significative dans la vie quotidienne. La gestion du stress et des défis se vit sans inquiétudes excessive et sans symptômes physiques associés à l'anxiété. |
| <input type="checkbox"/> Aucune | Le participant ne semble pas ressentir d'anxiété. |

Description des comportements en présence d'anxiété

(ex : débit, ton de parole, bris matériels, automutilation, autres)

Manifestations comportementales	
Comment qualifiez-vous le besoin d'accompagnement général du participant ? (Besoins de bases / activités adaptés / lors de déplacements)	
<input type="checkbox"/> 1 pour 1 <input type="checkbox"/> 1 pour 2 <input type="checkbox"/> 1 pour 3 <input type="checkbox"/> Autre : _____ Précision :	
Comportements à risque	
<input type="checkbox"/> Envers les autres <input type="checkbox"/> Envers lui-même <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Opposition	
Type de situation, réactions physique/corporels, interventions à priorisé/éviter (si établie)	
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) <input type="checkbox"/> Aucun protocole n'est en place	
Précisez :	
Peur et ou phobie importante ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	
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 Précisez : _____ Breuvage <input type="checkbox"/> Liquide clair <input type="checkbox"/> Épaissit <input type="checkbox"/> Aucun liquide par voie orale Précisez : _____	
<u>Autonomie alimentaire</u>	
<input type="checkbox"/> Mange seul <input type="checkbox"/> Mange avec accompagnement verbal <input type="checkbox"/> Aide à l'alimentation complète	
Précisez :	

Méthode
d'alimentation

- Ustensiles de table standards Ustensiles adaptés Avec les mains
 Boit au verre Bois avec une paille Bois avec une cuillère
 Aucune de ces réponses

Précisez :

Particularités d'hygiène

Utilisation d'une toilette standard

- Oui, seul Oui, avec accompagnement Non

Précisez la manière d'accompagner le participant à la toilette :

La personne porte-t-elle une
culotte de protection ?

- Non Oui, en permanence
 Oui, durant la nuit Autre : _____

Équipement utilisé

- Chaise d'aisance Planche de transfert
 Table de changement Lève personne

Précision et autres commentaires :

5. Intervenant(s)

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.

- Le participant n'est suivi par aucun intervenant.
 Le participant ne reçoit aucun service d'aucun établissement

Le participant est présentement inscrit à/aux services suivant

Inscrivez le nom de l'établissement associé à la case coché

- Une école : _____

Si services d'accompagnements particuliers il y a, identifiez les professionnels concernés

Nom du professionnel	
Titre, fonction	
Courriel	
Téléphone #poste	

- Un service de garde : _____

Si services d'accompagnements particuliers il y a, identifiez les professionnels concernés

Nom du professionnel	
Titre, fonction	
Courriel	
Téléphone #poste	

- Un centre communautaire/centre de jour : _____

Si services d'accompagnements particuliers il y a, identifiez les professionnels concernés

Nom du professionnel	
Titre, fonction	
Courriel	
Téléphone #poste	

Autres personnes ressources et professionnel

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	

6. Paiement et relevés fiscaux

Paiement

(personne à qui facturer les services)

- Participant
- Parent/responsable #1
- Parent/responsable #2
- Programme RAPA (CIUSSS)
- 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 : _____

7. 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.

En tant que signataire du formulaire, je comprends que j'ai la responsabilité d'informer les autres personnes responsables du participant des autorisations et informations fournies de ce document.

J'accepte de fournir les protocoles et les plans d'interventions existants, si applicable.

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.).

Autorisation est valable jusqu'à la prochaine inscription à la session d'été.

Tout consentement peut être retiré en tout temps. À la suite du retrait de votre consentement, l'organisme conservera vos informations personnelles selon les exigences légales et réglementaires en vigueur au Québec.

Prénom et nom de la personne ayant complété le formulaire

Prénom :

Nom :

Participant lui-même Intervenant Parent/responsable Autre :

Signature :

Date :