

## DOSSIER PERSONNEL

### RÉPIT BON ACCUEIL

145 Rue Des Sapins

Laval (Québec) H7A 2W6

Tél: (450) 665 3021 / 438 993 7424/repitbonaccueil@gmail.com

#### A. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

**1 photo de la  
personne  
(obligatoire)**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ C.P. : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Langue d'usage  Français  Anglais  Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

Origine ethnique \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Type de déficience et/ou d'handicap : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ exp: \_\_\_\_\_

#### B. MILIEU DE VIE

a) Parents  b) Mère  c) Père  d) famille d'accueil

e) autre (précisez):  \_\_\_\_\_

Nom du père \_\_\_\_\_ Nom de la mère \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tél. rés.: \_\_\_\_\_ Tél. rés.: \_\_\_\_\_

Tél. trav.: \_\_\_\_\_ Tél. trav.: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

#### C. PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS

Nom-1 \_\_\_\_\_ Nom-2 \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

## D. INTERVENANTS

Éducateur \_\_\_\_\_

Tél.-1 \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél.-2 \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

## E. MÉDICATION

	<i>Nom du médicament</i>	<i>Posologie</i>	<i>Quantité</i>	<i>Heure</i>	<i>Façon *</i>
1)	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____
6)	_____	_____	_____	_____	_____
7)	_____	_____	_____	_____	_____
8)	_____	_____	_____	_____	_____
9)	_____	_____	_____	_____	_____
10)	_____	_____	_____	_____	_____
11)	_____	_____	_____	_____	_____
12)	_____	_____	_____	_____	_____
13)	_____	_____	_____	_____	_____
14)	_____	_____	_____	_____	_____

Nom et Téléphone de la Pharmacie: \_\_\_\_\_

*\*De quelles façons administrer les médicaments (ex: eau, compote de pommes, etc.)*

écrasés     dilués     eau     compote     Autres (précisez) \_\_\_\_\_

## F. TRANSPORT ADAPTÉ

Numéro de carte de membre \_\_\_\_\_

La personne a-t-elle une vignette d'accompagnement ?     oui     non

## G. COMMUNICATION

Quels sont les modes de communication utilisés par la personne ?

- Langage verbal (français)
- Langage verbal (anglais)
- Langage verbal (autre langue) Précisez: \_\_\_\_\_
- Langage gestuel Précisez quels signes: \_\_\_\_\_
- Pictogramme
- Système Bliss \_\_\_\_\_
- Autre outil de communication Précisez: \_\_\_\_\_
- N'utilise aucun mode de communication

Quels sont les modes de compréhension utilisés par la personne ?

- Langage verbal (français)
- Langage verbal (anglais)
- Langage verbal (autre langue) Précisez: \_\_\_\_\_
- Langage gestuel Précisez quels signes: \_\_\_\_\_
- Pictogramme
- Système Bliss \_\_\_\_\_
- Autre outil de compréhension Précisez: \_\_\_\_\_
- N'utilise aucun mode de compréhension

La personne a-t-elle un problème auditif ?

oui  non

Si oui, porte-t-elle un appareil auditif ?

oui  non

La personne a-t-elle un problème visuel ?

oui  non

La personne exprime ses malaises, ses inconforts physiques, son humeur, ses émotions (joie, tendresse, frustration, anxiété, gêne, etc.) de la façon suivante :

## H. LOCOMOTION / ORIENTATION

Marche-t-elle sans aide

oui  non

Utilise-t-elle: fauteuil roulant électrique

oui  non

fauteuil roulant manuel

oui  non

autres:

oui  non

Précisez: \_\_\_\_\_

Capable de courir

oui  non

Autonome dans les escaliers

oui  non

Déplacements :

Besoin d'aide pour se déplacer

oui  non

Perte d'équilibre ?

oui  non

Est-ce que la personne a de la difficulté

à s'orienter dans la résidence,

oui  non

à l'extérieur de la résidence ?

oui  non

## I. HYGIÈNE ET PROPRETÉ

Permettez-vous que les soins corporels de la personne soient faits par une personne du sexe opposé ?

oui  non

La personne va-t-elle à la toilette seule de façon autonome

selles  oui  non  avec aide  
urines  oui  non  avec aide  
 au besoin  ou a des heures spécifiques (précisez): \_\_\_\_\_

Porte-t-elle une culotte d'aisance ?

le jour  oui  non

Si oui, les fournir durant le répit.

la nuit  oui  non

Autres \_\_\_\_\_

La personne se lave-t-elle seule sans supervision?

Bain  oui  non  avec aide précisez: \_\_\_\_\_

Douche  oui  non  avec aide

Fait son lit  oui  non  avec aide

Met ses chaussures  oui  non  avec aide

S'habille seule  oui  non  avec aide

Se brosse les cheveux  oui  non  avec aide

Se lave les cheveux  oui  non  avec aide  fréquence: \_\_\_\_\_

Se brosse les dents  oui  non  avec aide

Mettre ses appareils  oui  non  avec aide

Informations supplémentaires que nous devons savoir pour l'hygiène personnelle:

Menstruation besoin d'aide? Précisez:

## J. ALIMENTATION/ALLERGIES

A-t-elle une ou des allergies alimentaires ?  oui  non  Épipen

Lesquelles et de quelle façon réagit-elle ?

A-t-elle une ou des allergies aux animaux ?  oui  non  Épipen

Lesquelles et de quelle façon réagit-elle ?

A-t-elle une ou des allergies à des médicaments ?  oui  non  Épipen

Lesquelles et de quelle façon réagit-elle ?

La personne mange seule  oui  non  avec aide \_\_\_\_\_

boit seule  oui  non  avec aide \_\_\_\_\_

Sa nourriture doit-elle être:

coupée en petits morceaux?  oui  non

hachée finement ?  oui  non

en purée?  oui  non

Si avec équipement spécial, spécifiez :

Boit-elle avec :

un verre ordinaire ?  oui  non

un verre à bec ?  oui  non

une paille ?  oui  non

autre ? (précisez) \_\_\_\_\_

A-t-elle bon appétit ?  oui  non

Ce qu'elle aime :

Ce qu'elle n'aime pas :

A-t-elle une diète ?  oui  non

Si oui laquelle ?

A-t-elle de la difficulté à avaler ?  oui  non

Si oui expliquez :

Autres informations pertinentes (inclure les goûts et les aversions, les restrictions et les diètes, etc.)

### K. SOMMEIL

Fait-elle une sieste l'après-midi ?  oui  non  au besoin Durée \_\_\_\_\_

Se lève la nuit mais reste calme  oui  non  parfois

Crie la nuit, ne dort pas bien  oui  non  parfois

Doit-on la réveiller la nuit ?  oui  non  Quand et fréquence

Dort-elle entre 22h00 et 7h00 ?  oui  non

Heure du coucher la semaine \_\_\_\_\_ la fin de semaine \_\_\_\_\_

Doit-elle être positionnée au lit de façon spécifique ?  oui  non

Si oui précisez :

A-t-elle des besoins particuliers pour la nuit ?  oui  non

(ex: barre de retenue, harnais, aller à la toilette, port d'appareils orthopédiques, veilleuse, etc.)

A-t-elle une prescription pour la contention ?  oui  non \_\_\_\_\_

## L. VIE SOCIALE / LOISIRS

Activités préférées intérieures (télévision, bricolage, musique, casse-tête, etc.)

Activités préférées extérieures (ballon, baignade, marche, parc, etc.)

	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
1 Aime les activités de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Écoute et respecte les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Facile à motiver pour les activités nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Aime participer activement (leadership)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aime participer passivement (regarde et sourit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Attends son tour lors des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Partage avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Besoin d'encadrement, s'excite facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Se retrouve souvent en conflit avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Préfère être seul, jouer seul, introverti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Baignade** La personne sait-elle nager ?  oui  non  
Nécessite une veste de sauvetage ?  oui  non

Besoins à la baignade? (bouchons, pince nez etc.)

## M. INFORMATIONS MÉDICALES

Hôpital où la personne est traitée \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

No dossier \_\_\_\_\_ No d'assurance-maladie \_\_\_\_\_ Exp.  
(carte bleu)

Nom du médecin \_\_\_\_\_

Informations médicales que nous devons connaître (ex:asthme, VIH, hépatite, etc.) :

### ÉPILEPSIE

le type de crise

absence  convulsion  psychomotrice  Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

combien de fois par année ? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui provoque ses crises ?

Combien de temps dure ses crises habituellement ?

Doit-elle recevoir des traitements spécifiques (crème, onguent, clapping, etc.) ?  
 oui  non

Si oui, spécifiez quoi et quand :

**N. INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES VS COMPORTEMENTS**

1 Comportement d'opposition aux consignes	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
2 Langage inapproprié (sacre, putain, fait chier)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
3 Agressivité verbale (insultes, menaces)	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
4 Agressivité physique envers autrui	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
5 Automutilation	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
6 Vol	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
7 Comportement sexuel inadéquat	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
8 Manipulation de sécrétions ou excréments	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
9 Ingestion de substances	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
10 Comportement stéréotypé ou répétitif	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
11 Comportement incendiaire	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
12 Comportement de retrait social	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
13 Fugue	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____
14 Comportement destructeur	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	Fréquence	_____

Règles de conduites sociales / comportements inadéquats (numéro si 1 ou + par mois)

Attitudes à adopter / mode d'intervention



*Attitudes à éviter*

*AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES*

## O. AUTORISATIONS

1-J'autorise le personnel du Répit Bon Accueil à donner du Tylénol ou du Tampra à la personne dont j'ai la charge en cas de fièvre ou de mal de tête.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

2-J'autorise le personnel du Répit Bon Accueil à amener la personne mentionnée ci-haut en excursion ou en sortie extérieure pour des motifs récréatifs ou médicaux.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

3-Je reconnais être informé(e) et avoir accepté que la médication et les soins courants de la personne dont je suis responsable ne seront pas assumés par des professionnels de la santé, à l'intérieur du Répit Bon Accueil

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

4-J'autorise à publier, diffuser, reproduire, archiver ou autrement utiliser, en tout temps et selon les circonstances prévues aux présentes, l'image et/ou la voix de la personne dont je suis responsable captées au moyen de tout support tel que la vidéo, le film, la photographie ou l'enregistrement et ce, pour les fins d'un journal, d'un magazine, d'un site internet ou tout autre média.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

5-En cas d'urgence, j'autorise le personnel de Répit Bon Accueil, à faire transporter à l'hôpital la personne dont le nom figure sur ce formulaire.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REMPLIR CE DOSSIER. CE GESTE NOUS PERMETTRA DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA PERSONNE.

CE DOCUMENT SERA TRAITÉ DE MANIÈRE CONFIDENTIEL PAR LE PERSONNEL DU RÉPIT BON ACCUEIL

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_