

# Fiche d'inscription

## La maison de répit La Ressource

### 1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom, Nom : <input type="text"/>		Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance AAAA/MM/JJ : <input type="text"/>
Adresse du participant : <input type="text"/>			Code Postal : <input type="text"/>
No. Assurance maladie : <input type="text"/>	Date d'expiration : <input type="text"/>	Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>	
Diagnostic : <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> TSA <input type="checkbox"/> Trisomie 21	Niveau : <input type="text"/>	Autre, précisez : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> LSQ	Autres moyens de communication, précisez : <input type="text"/>		
Le participant répond à son nom : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Le participant répond à des consignes simples : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autre, précisez : <input type="text"/>	

Transport adapté	
No d'utilisateur : <input type="text"/>	Accompagné : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="text"/>

### 2. NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE POUVANT CONSENTIR AUX SOINS

Prénom, Nom : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Code Postal : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/>	
Lien avec le participant : <input type="text"/>	2° No de téléphone : <input type="text"/>

### 3. NOMS ET COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Prénom, Nom : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>
Lien: <input type="text"/>	2° No de téléphone : <input type="text"/>

Prénom, Nom : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>
Lien: <input type="text"/>	2° No de téléphone : <input type="text"/>

Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, grafigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.

*Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.*

## Fiche d'inscription

### La maison de répit La Ressource

#### 4. IDENTIFICATION DES INTERVENANTS

<b>Prénom, Nom :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>No de téléphone :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> TES <input type="checkbox"/> TS <b>Autre, précisez :</b> <input style="width: 80%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> CRDITED <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Enseignant(e)	<b>Autre, précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	

<b>Prénom, Nom :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>No de téléphone :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> TES <input type="checkbox"/> TS <b>Autre, précisez :</b> <input style="width: 80%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> CRDITED <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Enseignant(e)	<b>Autre, précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	

#### 5. L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

<b>Diagnostic(s) ayant un impact significatif sur le répit :</b>	
<b>Allergies :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Crise de colère :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Anxiété :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Mordre :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Pica :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>État cognitif (problème de mémoire, d'orientation, de compréhension, etc.) :</b>	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Asthmatique :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Épileptique :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Difficulté(s) comportementales (crises, idées suicidaires, comportement sexuels inappropriés, etc.) :</b>	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Autre problème de santé/soins particuliers :</b>	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>

<b>Médication :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui, joindre le profil pharmacologique.</b>
<b>Automédication :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez, s'il y a lieu</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>

*Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, graffigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.*

*Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.*

## Fiche d'inscription

### La maison de répit La Ressource

<b>Vision</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Problème de vision	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Audition</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Surdité	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Dentition</b>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> �dent�	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>

<b>Alimentation-hydratation (joindre un protocole si applicable)</b>		
<b>Intolérance :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Aversions :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Risque d'étouffement :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Diète spéciale :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Texture des aliments :</b>	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Autre	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Consistance des liquides :</b>	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Autre	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Besoin d'aide � l'alimentation/hydratation :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>

<b>Aide � la mobilité</b>		
<b>Orthèses :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Prothèse</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Transferts :</b>	<input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Bain	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Marche :</b>	<input type="checkbox"/> Marche � l'extérieur <input type="checkbox"/> Marche � l'int�rieur	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Escaliers :</b>	<input type="checkbox"/> Escaliers � l'ext�rieur <input type="checkbox"/> Escaliers � l'int�rieur	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Aides techniques :</b>	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> D�ambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<b>Précisez :</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>

<b>Routine de vie</b>	
<b>Lever :</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>D�jeuner :</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Occupation en matin�e :</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Souper :</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Occupation en soir�e :</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Coucher :</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Nuit</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Fin de semaine</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

*Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, grafigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.*

*Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.*

## Fiche d'inscription

### La maison de répit La Ressource

<b>Autres activités de la vie quotidienne (précisez uniquement si problématique associée)</b>			
<b>Habillement :</b>	<b>Aide requise :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b>	
<b>Hygiène :</b>	<b>Aide requise :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b>	
<b>Douche :</b>	<b>Aide requise :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b>	
<b>Lavage des mains</b>	<b>Aide requise :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b>	
<b>Élimination :</b>	<b>Aide requise :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b>	
	<input type="checkbox"/> Couche <input type="checkbox"/> Couche-culotte <input type="checkbox"/> Culotte d'incontinence	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	<b>Précisez :</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>

<b>Le participant est capable</b>		
<b>Faire des activités de motricité globale :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Faire des activités de motricité fine :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Faire des activités au niveau cognitif :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Faire des activités libres :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Marcher plus d'une heure :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Courir ou sauter :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Maintenir son attention :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Utiliser une tablette, ordinateur, etc. :</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<b>Précisez :</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>

**Informations complémentaires :**


Questionnaire rempli par :

**Signature**

**Date**

En signant ce formulaire, vous acceptez que la Maison répit La Ressource utilise ces renseignements tout en les gardant strictement confidentiels.

**Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, grafigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.**

**Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.**