

CAHIER D'HABITUDES DE VIE

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE TSA

Prénom : _____

N° membre

Nom : _____

Date de mise à jour : _____
Jour – Mois - Année

Complété par : _____

Lien : _____

Date de naissance : _____
Jour – Mois - Année

Sexe

Féminin

Âge : _____ ans

Poids : _____ lbs

Masculin

Couleur des yeux : _____ Couleur des cheveux : _____

Diagnostic : Trouble du spectre de l'autisme (TSA) Niveau commun. : _____

TED non spécifié Syndrome d'Asperger Niveau intérêts : _____

Autre :

Trisomie 21, déficience intellectuelle (DI), trouble de l'attention (TDA) ou avec hyperactivité (TDAH)

SVP joindre une photo récente par courriel.

Nous l'utiliserons comme pictogramme et elle sera collée ici.

NUMÉROS IMPORTANTS

N° d'assurance maladie : _____ N° de membre ADHIS : _____

Date d'expiration : _____ / _____ N° accès Saguenay : _____

EN CAS D'URGENCE, REJOINDRE CES PERSONNES

Mère : _____  Trav. : _____ – _____ *

 Rés. () - _____  Cell : _____ – _____

Père : _____  Trav. : _____ – _____ *

 Rés. () - _____  Cell : _____ – _____

Autre : _____  Rés. : _____ – _____

Lien : _____  Trav. : _____ – _____ *

 Cell. : _____ – _____

Autre : _____  Rés. : _____ – _____

Lien : _____  Trav. : _____ – _____ *

Cell. : _____ – _____

COMMUNICATION

La personne communique

Commentaires

Verbalement Oui Non En émergence

Pictogrammes Oui Non En émergence

Langage signé Oui Non En émergence

Elle sait lire Oui Non En émergence

Elle sait écrire Oui Non En émergence

Comment la personne communique-t-elle pour faire une demande non-verbale ?

La personne comprend

Commentaires

Verbalement Oui Non En émergence

Pictogrammes Oui Non En émergence

Langage signé Oui Non En émergence

Est-ce que la personne a besoin de repères visuels (pictos) pour comprendre l'horaire de la journée (routine, etc.) ?

Oui Non En émergence

Commentaires :

Est-ce que la personne comprend les consignes simples ?

Oui Non En émergence

Commentaires

Comment doit-on procéder pour faire une demande à la personne ?

Par exemple : Vas à la toilette. As-tu faim ? Que veux-tu manger ?

Lui demander verbalement seulement

Lui demander verbalement appuyé d'un picto

Autre :

INFORMATION MÉDICALE

Présente ces problèmes :

Commentaires / Intervention à privilégier

Incontinence urinaire

Incontinence fécale

Constipation

Asthme

Diabète

Cholestérol

Eczéma

Hépatite B

Autre

Orthèse, prothèse, hernies, autre
problème physique ou médical qui
demande une attention

CRISES D'ÉPILEPSIE

Déjà fait une ou des crises : Oui Crises partielles Avec convulsions
Non Crises complètes Avec absences

Durée de la crise :

Décrire la crise :

Ce qui peut déclencher une
crise d'épilepsie :

ALLERGIES

A une réaction allergique : Décrire les symptômes et l'intervention à privilégier

Fièvre des foins

Piqûre d'insecte

Pénicilline

Poils d'animaux

Noix

Gluten

Produits laitiers

Autre

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

La personne a-t-elle de l'épinéphrine ? Ex : EpiPen (MD) Oui Non

Si la personne possède de l'épinéphrine, il est très important de nous le mentionner, soit sur la liste de bagages lors de séjours ou en téléphonant dans les lieux de services la journée de la fréquentation. Les employés pourront donc prévoir l'apporter lors des sorties extérieures.

ALIMENTATION

Diète particulière :

- Aucune
- Sans gluten
- Sans produits laitiers
- Réduite en gras
- Réduite en sel
- Sans sucre
- Autre diète

Précisions

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Difficultés alimentaires

- Praxie
(Ne mastique pas correctement ou suffisamment.)
- Rigidité
(Mange les mêmes aliments, n'accepte pas les nouvelles textures, couleurs ou odeurs)
- Autre difficulté

Décrire la difficulté et l'intervention à privilégier

| |
|--|
| |
| |
| |

Information supplémentaire concernant sa façon de s'alimenter

| |
|--|
| |
|--|

SOMMEIL

Explications

Rituel avant d'aller dormir :

Heure habituelle du coucher :

Qualité du sommeil

Explications

Se réveille souvent

Pourrait se lever

Sommeil agité

Dort bien

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Heure habituelle du lever :

Autre
information

COMPORTEMENTS

Commentaires et intervention à privilégier

Hyperactivité

Hypoactivité

Anxiété

Comportement
fugueur

Mordre : Elle-même Les autres

Commentaires :

Pincer : Elle-même Les autres

Commentaires :

Taper : Elle-même Les autres

Commentaires :

Tirer les cheveux : Elle-même Les autres

Commentaires :

Se cogner la tête Oui Non

Commentaires :

Taper les objets : Oui Non

Commentaires :

Autres
manifestations :

Dans quelles situations un comportement agressif peut apparaître ?

Signes annonçant un comportement agressif (ex. : crier, pleurer...) ?

Intervention lorsqu'un comportement agressif est en cours ?

Commentaires

A tendance à toucher les gens

Recherche les bisous, calins

Phobies (peurs)

Pourrait avoir des comportements sexuels dérangeants en public Oui Non

Si oui, décrivez
l'intervention

La personne a un plan d'intervention du CRDITED ? Oui Non

Est-il en pièce jointe ? Oui Non

PARTICULARITÉS SENSORIELLES

Commentaires

Hypersensible

Hyposensible

Porte des lunettes ou lentilles

Bonne vue en général

Très sensible aux bruits

Très sensible aux odeurs

Autres particularités sensorielles

Actions qui calment
ou apaisent la
personne :

AUTONOMIE

| Hygiène personnelle | Seule | Aide partielle | Aide totale | Nature de l'aide (ex.) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Se lave dans le bain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Se lave dans la douche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Change ses serviettes sanitaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Va à la toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Se brosse les dents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autre Ex : se raser, soins du visage, se coiffer etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Habillement | Seule | Aide partielle | Aide totale | Nature de l'aide (ex.) |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Choisir ses vêtements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S'habiller pour l'intérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| S'habiller pour l'extérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| La personne utilise | Seule | Aide partielle | Aide totale | Nature de l'aide (ex.) |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| Des ustensiles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Un verre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Un gobelet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

BAIGNADE

La personne sait nager sans équipement de flottaison Oui Non

Si non, elle doit porter :

Veste Oui Toujours l'inclure dans les bagages.

Manchons Oui Toujours l'inclure dans les bagages.

Ceinture Oui Toujours l'inclure dans les bagages.

Commentaires ou précisions :

ACTIVITÉS, LOISIRS, INTÉRÊTS

Jeux, jouets, activités,
sports préférés :

Jeux, jouets, activités,
sports à éviter :

Talent particulier :

La personne est capable d'exécuter ces sports :

Vélo à deux roues (freins aux mains) Vélo à deux roues (freins aux pieds)

Vélo + petites roues Tricycle Patin à roues alignées

Patin à glace Quilles Glissade l'hiver Raquette

La personne a de l'intérêt pour ces sorties :

Cinéma Bibliothèque Visite d'un musée Cirque (manèges)

Parc aquatique (aquafun) Autre :

Combien de temps la personne a-t-elle la capacité de sortir en activité ?

Une courte période Préciser : |

Une demi-journée

Une journée

La personne aime ces activités intérieures :

Bingo Jeux de cartes Enfilage Encastrement Associations

Bricolage Dessin

Casse-tête : 4 mcx 24 mcx 40 mcx 100 mcx et plus

Autres :

AUTORISATIONS

Nom du participant :

| | | |
|----|--|--|
| 1. | J'autorise les employés de la SAR à administrer les médicaments d'ordonnance au participant. | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 2. | J'autorise les employés de la SAR à appliquer toutes lotions (onguent de zinc, crème hydratante, lotion solaire) pour le bien être du participant. | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 3. | Advenant un incident ou problème de santé mineur du participant, j'autorise les employés de la SAR à donner les premiers soins ainsi que la médication nécessaire en vente libre (Tylenol [acétaminophène], Advil, sirop Dimetap DM, Gravol, etc.) suite à une entente auprès du signataire dans les cas d'allergies ou d'intolérance. | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 4. | En cas d'urgence médicale, j'autorise le médecin présent aux Urgences de l'hôpital le plus près des activités en cours à recommander l'hospitalisation, le traitement ou l'injection nécessaire après que les employés de la SAR aient avisé le signataire et le responsable de la SAR. | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 5. | Je consens à ce que la photo et/ou vidéo du participant, prises lors des activités de la SAR ou de la FJA, soient utilisées à des fins de sensibilisation ou promotion de la SAR ou de la Fondation Jean Allard pour la cause de l'autisme (FJA). | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 6. | Je consens à ce que le participant vive des sorties dans la communauté avec le personnel de la SAR (parfois bain de foule). | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 7. | Je consens à ce que le participant monte à bord du véhicule conduit par les employés et responsables lors des activités organisées par la SAR. | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

OUI JE SIGNE. La signature de ce formulaire exprime que je consens à ne pas tenter de procédures judiciaires envers la SAR, incluant ses employés, lorsque toutes les précautions raisonnables sont prises pour assurer le bien-être et la sécurité des participants aux activités.

SIGNATURE

Nom du signataire : _____

Lien avec la personne : _____

Date de l'autorisation : _____

Ce formulaire ne sera pas signé à chaque année, contactez-nous si vous voulez apporter des changements à vos réponses.

INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE ET EN VENTE LIBRE

Nom : _____ Poids : _____ lbs

Complété par : _____ Date de mise à jour : _____

Cocher si la personne n'a aucune médication à prendre régulièrement

| Nom du médicament | Mg ou MI | Utilité de ce médicament | Lever | Midi | Soir | Coucher | Commentaires |
|-------------------|----------|--------------------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |
| | | | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | <i>h</i> | |

De quelle façon la médication est administrée ?

Accompagnée d'un breuvage Spécifier _____

Diluée dans un liquide Spécifier _____

Écrasée dans la nourriture

Au milieu du repas

Autre spécification : _____

Nous vous demandons de communiquer avec nous pour tous changements à apporter aux informations sur les médicaments d'ordonnance ou en vente libre.