|  |  |
| --- | --- |
| Prénom : |  |
| Nom : |  |

**CAHIER D’HABITUDES DE VIE**

**Oui je donne mon consentement éclairé pour fournir mes informations personnelles.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de la personne TSA** | | | | | |  | | ***SVP joindre une photo récente par courriel.***  ***Nous l’utiliserons comme pictogramme et elle sera collée ici.*** |
|  |  | | |  |  | | |
| Prénom : |  | |  | N° membre | | |  |
| Nom : |  | |  |  | | |  |
| Date de mise à jour : | |  | | | |  | |
|  | | Année – Mois - Jour | | | |  | |
| Répondant(e) : | |  | | | |  | |
| Lien : | |  | | | |  | |
| Ville de résidence : | |  | | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Âge : | | | | | | ans | |  | | | | | | | | **Sexe** | | |
| Date de naissance : | | | | | |  | | | | Année – Mois - Jour | | | | | | Féminin | | |
| Couleur des yeux : | | | | |  | | Couleur des cheveux : | | | |  | | | |  | Masculin | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | | Autre | | |
| **Diagnostic :** | | | Trouble du spectre de l’autisme (TSA) | | | | | | | | | | Niveau commun. : | | | |  |
|  | | | Trouble de la communication sociale | | | | | | | | | | | Niveau intérêts : | | |  |
|  | | | TED non spécifié | | | | | | | | | Syndrome d’Asperger | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autre :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Trisomie 21, déficience intellectuelle (DI), trouble de l’attention (TDA) ou avec hyperactivité (TDAH) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° d’assurance maladie : |  | Date d’expiration : |  | / |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En cas d’urgence, rejoindre ces personnes** | | | |
| **Parent :** |  | 🕿Trav. : | *(**)     –* *\** |
| 🕿Rés. : | *(     )       -* | 🕿 Cell : | *(   )     –* |
| **Parent :** |  | 🕿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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| À l’école, la personne est intégrée en classe régulière ? | Oui | Non |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |
| Piqure 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 :** | | | Précisions |
| Aucune |  |  |  |
| Sans gluten |  |  |  |
| Sans produits laitiers |  |  |  |
| Réduite en gras |  |  |  |
| Réduite en sel |  |  |  |
| Sans sucre |  |  |  |
| Autre diète |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Difficultés alimentaires** | | Décrire la difficulté et l’intervention à privilégier |
| Praxie  (Ne mastique pas correctement ou suffisamment.) |  |  |
| Rigidité  (Mange les mêmes aliments, n’accepte pas les nouvelles textures, couleurs ou odeurs) |  |  |
| Autre difficulté |  |  |

|  |
| --- |
| **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 |  |  |  |  |
| Se lave dans la douche |  |  |  |  |
| Change ses serviettes sanitaires |  |  |  |  |
| Va à la toilette |  |  |  |  |
| Se brosse les dents |  |  |  |  |
| Autre  Ex : se raser, soins du visage, se coiffer etc.) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Habillement** | Seule | Aide partielle | Aide totale | Nature de l’aide (ex.) |
| Choisir ses vêtements |  |  |  |  |
| S’habiller pour l’intérieur |  |  |  |  |
| S’habiller pour l’extérieur |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **La personne utilise** | Seule | Aide partielle | Aide totale | Nature de l’aide (ex.) |
| Des ustensiles |  |  |  |  |
| Un verre |  |  |  |  |
| Un gobelet |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | J’autorise les employés de la SAR à administrer les médicaments d’ordonnance au participant. | Oui  Non |
| 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  Non |
| 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  Non |
| 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  Non |
| 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  Non |
| 6. | Je consens à ce que le participant vive des sorties dans la communauté avec le personnel de la SAR. | Oui  Non |
| 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  Non |
| 8 | J’autorise Autisme Saguenay–Lac-Saint-Jean à communiquer avec tous les professionnels impliqués dans le dossier du membre mentionné ci‑haut (CRDI, CIUSSS, médecin, et autres intervenants concernés) | Oui  Non |
| OUI JE SIGNE. La signature de ce formulaire exprime que je consens à ne pas intenter 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. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du professionnel** | **Fonction** | **# de téléphone ou courriel** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Contactez-nous si vous voulez apporter des changements à vos réponses.

**Veuillez remplir le tableau si vous avez coché « Oui » au point #8.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Ml** | **Utilité de ce médicament** | | | **Lever** | | | **Midi** | **Soir** | | **Coucher** | **Commentaires** |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |
|  | | |  |  | | | *h* | | | *h* | *h* | | *h* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| De qu’elle 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.

**Formulaire de consentement à recueillir des renseignements personnels**

La Société de l’autisme de la région du Saguenay – Lac-St-Jean (SAR) peut, au besoin, constituer un ou des dossiers contenant des renseignements confidentiels concernant les personnes recevant des services de la SAR.

Pour les personnes, la constitution de tels dossiers a uniquement pour objet de :

* Fournir un service adapté et de qualité à l’interne ou à l’externe ;
* Comptabiliser les heures attribuées en services à cette personne ;
* Maintenir les coordonnées à jour ;
* Comptabiliser des statistiques dénominalisées (sans possibilités d’établir un lien entre les informations et la personne) ;

Les renseignements personnels et confidentiels peuvent seulement être recueillis aux fins mentionnées précédemment et collectés seulement auprès de la personne concernée.

De plus, seules les personnes autorisées par la SAR auront accès aux renseignements vous concernant (voir tableau).

**En signant le présent formulaire,**

J’autorise la SAR à recueillir les renseignements personnels et confidentiels prévus dans le tableau qui suit ; pour autant que ceux-ci soient absolument nécessaires à la réalisation d’une ou des fins mentionnées plus haut.

Par ailleurs, en signant le présent formulaire, j’autorise les personnes ayant le statut pertinent à prendre connaissance de certains de mes renseignements personnels pour autant que les renseignements qui lui sont divulgués soient nécessaires à l’exercice de ses fonctions (voir tableau).

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements collectés par la SAR** | **Qui peut accéder à ces renseignements** |
| * Formulaire d’adhésion | * Directrice générale * Superviseure des services * Adjointe administrative * Agente administrative |
| * Cahier d’habitudes de vie | * Directrice générale * Superviseure des services * Adjointe administrative * Agente administrative * Responsables d’équipes * Intervenants |

À moins d'une révocation écrite de votre part, la présente autorisation demeure valide.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature :** |  | **Date :** |  |

La politique de protection des renseignements personnels de la SAR est disponible sur [autisme02.com](https://autisme02.com)