

Prénom : _____

Nom : _____

CONFIDENTIEL

CAHIER D'HABITUDES DE VIE

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

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE TSA

Prénom : _____

N° membre

Nom : _____

Date de mise à jour : _____

Année - Mois - Jour

Répondant(e) : _____

Lien : _____

Ville de résidence : _____

Âge : _____ ans

Date de naissance : _____

Année - Mois - Jour

Couleur des yeux : _____ Couleur des cheveux : _____

Sexe

Féminin

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. : () - _____

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 :

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 <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, Graval, 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.	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"/>
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 <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.

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

Nom du professionnel	Fonction	# de téléphone ou courriel

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 _____ Date de mise à
par : _____ 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.

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).

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

Renseignements collectés par la SAR	Qui peut accéder à ces renseignements
<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice générale • Superviseure des services • Adjointe administrative • Agente administrative
<ul style="list-style-type: none"> • Cahier d'habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice générale • Superviseure des services • Adjointe administrative • Agente administrative • Responsables d'équipes • Intervenants

Signature : _____

Date : _____

La politique de protection des renseignements personnels de la SAR est disponible sur autisme02.com