|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Date de naissance : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Résumé de la situation antérieure** (éléments antérieurs ayant un impact sur la situation actuelle, habitudes et conditions de vie antérieures, nombre d’années de résidence dans la localité où l’hébergement est souhaité, etc.) : | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Motif de la demande de placement** (description de la situation actuelle perçue par la personne et par le professionnel) : | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Alternatives au placement déjà envisagées et résultats obtenus** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Placements antérieurs** (au besoin, ajouter une feuille supplémentaire) | | | |
| **Date de début** | **Date de fin** | **Type de ressources (nom)** | **Motif(s) de départ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Historique des incidents-accidents** (s’il y a lieu) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Réactions possibles au placement** |
| Volonté manifestée de la personne |
| La personne a été informée en tenant compte de sa capacité de communication |
| La personne a été consultée en tenant compte de sa capacité de participer à la décision |
| La personne  a exprimé son accord  a exprimé son désaccord |
| La personne  a exprimé des réserves  a exprimé son indifférence |
| La personne  s’en remet à la décision des professionnels |
| La personne a pris elle-même la décision |
| La personne n’a pas été informée |
| Commentaires : |
| Consultation et réaction des proches |
| Aucun proche n’a été informé |
| Un proche a été informé :  a exprimé son accord  a exprimé son indifférence |
| a exprimé son désaccord  soutient la décision de la personne |
| a exprimé des réserves  s’en remet à la décision des professionnels |
| Commentaires : |
| Nom et prénom du proche informé : |
| Téléphone :       Lien : |

**HABITUDES DE VIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sommeil** (insomnie, peur, agitations, heures de coucher et de lever, sieste, errance, etc.) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Usage d’alcool, tabac et drogue** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Appétit, alimentation, diète** (particularités) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Dentition** (douleur, difficultés à mastiquer, prothèses) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Sexualité** (partenaires occasionnels/réguliers, masturbation, comportements à risque) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Habiletés manuelles** | | |
|  | | |
|  | | |
| **Prédominance manuelle** | | |
| Droitier | Gaucher | Ambidextre |
| **Allergies** (alimentaires et autres) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Soins particuliers liés aux problèmes de santé physique** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Autres informations pertinentes** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE/DOMESTIQUE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sans aide** | **Avec aide** | **Par autrui** | **À acquérir** | **Définir aide requise (voir PI pour précisions)** |
| Se servir à manger |  |  |  |  |  |
| Manger, se nourrir |  |  |  |  |  |
| Se laver |  |  |  |  |  |
| Se raser |  |  |  |  |  |
| Faire son hygiène buccale |  |  |  |  |  |
| Prendre un bain, douche |  |  |  |  |  |
| Se laver la tête |  |  |  |  |  |
| Se vêtir/dévêtir |  |  |  |  |  |
| Choisir des vêtements appropriés |  |  |  |  |  |
| Utiliser les toilettes |  |  |  |  |  |
| Se peigner |  |  |  |  |  |
| Entretenir ses ongles |  |  |  |  |  |
| Menstruations |  |  |  |  |  |
| Se lever/coucher |  |  |  |  |  |
| Marcher |  |  |  |  |  |
| Sortir à l’extérieur l’été |  |  |  |  |  |
| Sortir à l’extérieur l’hiver |  |  |  |  |  |
| Monter/descendre les escaliers |  |  |  |  |  |
| Prendre ses médicaments |  |  |  |  |  |
| Utiliser le transport adapté |  |  |  |  |  |
| Utiliser les transports en commun |  |  |  |  |  |
| Utiliser le téléphone |  |  |  |  |  |
| Préparer des repas légers |  |  |  |  |  |
| Préparer des repas complets |  |  |  |  |  |
| Faire des emplettes |  |  |  |  |  |
| Faire l’entretien ménager régulier |  |  |  |  |  |
| Faire la lessive |  |  |  |  |  |
| Autres, précisez : |  |  |  |  |  |

**CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU DE VIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de milieu de vie recommandé** | | | | |
| RAC | RI | RTF | | Autres, spécifiez : |
| **Localité géographique du milieu d’accueil souhaité** | | | | |
| Milieu urbain | Milieu rural | Caractéristique du secteur résidentiel : | | |
| **Composition du milieu résidentiel souhaité** | | | | |
| Profil des résidents : | | | | |
| Profil des responsables :  Homme  Femme  Aucune préférence | | | | |
| Contre indications :  Animaux  Fumeur  Présence de jeunes enfants  Autres, précisez : | | | | |
| Type d’accompagnement et d’encadrement souhaité : | | | | |
| Adaptations domiciliaires requises :  Oui  Non  Si oui, complétez les sections « autonomie fonctionnelle » et « environnement physique/adaptations domiciliaires » | | | | |
| **Autonomie fonctionnelle** | | | | |
| Aides techniques | | | | |
| Orthèses :  Membres supérieurs  Membres inférieurs | | | Station debout | |
| Marchette :  Fixe  Rollator | | | Chaussures orthopédiques | |
| Fauteuil roulant manuel :  Se propulse  Propulsé par autrui | | | Canne(s) | |
| Fauteuil roulant motorisé | | | Tripode(s) ou quadripode(s) | |
| Béquilles standards | | | Béquilles canadiennes | |
| Positionnement (aide technique à la posture) | | | Autres, précisez : | |
| **Mobilité/Déplacements** | | | | |
| Transferts | | | | |
| Seul | Avec aidant (PDSB) | Avec lève-personne | | Technique particulière de transfert décrite au PI |
| Positionnement | | | | |
| Procédure d’installation particulière décrite au PI  Fauteuil roulant  Lit  Bain | | | | |
| Chaise d’aisance  Table à langer  Sol  Autres, précisez : | | | | |
| **Environnement physique/Adaptations domiciliaires** | | | | |
| Type de résidence :  Plein pied  À étages | | | | |
| Intérieur | | | | |
| Ascenseur  Mains courantes  Lève-personne sur roues  Lève-personne sur rails | | | Seuils de porte biseautés  Cadres de portes/corridors élargis  Couvre-plancher : absence de tapis | |
| Chambre | | | | |
| Lit d’hôpital  Matelas spécialisé | | | Côtés de lit  Protecteurs de côtés de lit | |
| Salle de bain | | | | |
| Bain spécialisé  Bain surélevé  Bain dégagé sur trois faces  Civière douche  Siège élévateur  Chaise de bain  Chaise levier pour le bain | | | Planche de bain  Tapis de bain  Table à langer  Chaise d’aisance  Barres d’appuis  Régulateur de température d’eau  Autres, précisez : | |
| Extérieur | | | | |
| Mains courantes  Plate-forme élévatrice | | | Rampe d’accès  Pavage extérieur requis | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du professionnel |  | Date |

Formulaires et annexes disponibles sur le site Internet : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca) – Guichet d’accès (voir encadré Professionnels, médecins et partenaires)

Mis à jour : 6 octobre 2016