|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 [ ]  NonSi 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