|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de la personne** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | | | | | | | Dossier : | | | |  | | | | | | | Sexe : | F  M |
| Date de naissance : | | | |  | | | | | | | Numéro d’assurance maladie : | | | | | | | | |  | | | |
| Âge : |  | | | | | | | | | | Langue : | | |  | | | | | | | | | |
| **Aspects légaux** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Régime de protection : | | | | | Non | | Oui | | Si oui : | Privé | | | Public | | | | Mandat en cas d’inaptitude : | | | | | | Non  Oui |
| Ordonnance judiciaire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Représentant légal : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | | |  | | |
| Personne pouvant consentir aux soins : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Lien : | | |  | | |
| **En cas d’urgence** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personne à joindre (1) : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Lien : | | |  | | |
| Coordonnées : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personne à joindre (2) : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Lien : | | |  | | |
| Coordonnées : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personnes significatives** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mère : | |  | | | | | | | | | | Coordonnées : | | | | | | |  | | | | |
| Père : | |  | | | | | | | | | | Coordonnées : | | | | | | |  | | | | |
| Autre : | |  | | | | | | | | | | Coordonnées : | | | | | | |  | | | | |
| **Intervenants et professionnels au dossier** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenant pivot : | | |  | | | | | | | | | Installation : | | | |  | | | | | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | Territoire : | | | |  | | | | | | | |
| Travailleur social : | | |  | | | | | | | | | Installation : | | | |  | | | | | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | Territoire : | | | |  | | | | | | | |
| Médecin : | | |  | | | | | | | | | Installation : | | | |  | | | | | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | Territoire : | | | |  | | | | | | | |
| Autre professionnel : | | |  | | | | | | | | | Fonction : | | | |  | | | | | | | |
| Téléphone : | | |  | | | | | | | | | Installation : | | | |  | | | | | | | |
| **État de santé** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incapacités sensorielles :  Visuelle  Auditive | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mobilité physique :  Mobile  Fauteuil  Marchette  Canne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnostic santé : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médication : JOINDRE LE PROFIL PHARMACOLOGIQUE OBTENU DE LA PHARMACIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historique incident-accident : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soins particuliers : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communication :  Orale  LSQ  Gestuelle simple  Pictogrammes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Habitudes de vie** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fumeur | | | | | Non fumeur | | | | | | Alcool | | | | Drogue | | |
| Hygiène : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Habillage : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alimentation : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incontinence : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexualité : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transport : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sommeil : |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Besoin de service de nuit : | | | | Non | | Oui | | | Préciser : | | | | | | | | |
| **Occupations** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Activités de jour : | | | | Non | | Oui | | | Fréquence : | | | | | | | | |
| Type d’activités : | | | Garderie | | | | | Scolaire | | | CAJ | | Plateau | | | Stage | |
| Intérêts : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Loisirs : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lieux fréquentés : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Contexte d’hébergement** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Milieu actuel : | | RI | | | | | RTF | | | RAC | | Appartement | | Famille | | | Chambre |
| Territoire : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Placements antérieurs : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Résumé de la situation, motifs, problématiques : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom de l’intervenant :

Coordonnées :

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

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS À JOINDRE**  Réorientation résidentielle :  Joindre une copie du PSPS à jour (version 2008) **ET** le formulaire de demande de réorientation résidentielle.  Nouvelle demande d’hébergement :  Joindre le formulaire de demande de service en déficience intellectuelle-trouble du spectre de l’autisme et déficience physique du Guichet d’accès DI-TSA  et DP ou le formulaire de demande d’ajout d’un programme service  Joindre l’annexe 6 « difficultés comportementales ».  ***Acheminer ces documents à la coordonnatrice RNI et au Guichet d’accès DI-TSA et DP.*** |

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 : 31 mars 2017