|  |
| --- |
| **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 serviceJoindre 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