|  |  |
| --- | --- |
|  | **SOMMAIRE des renseignements en vue d’un placement** |

l’art. 7 du Règlement sur la classification

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Fonction** | **Téléphone** |
| Personne à joindre en cas d’urgence: |  |  |  |
| Intervenant PIVOT |  |  |  |
| Autres personnes significatives : |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date: | Date(s) des mises à jour : |

**IDENTIFICATION DE L’USAGER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro d’usager : |  | | |
| Nom à la naissance : |  | | |
| Prénom : |  | | |
| Date de naissance : |  | | |
| Numéro assurance maladie : |  | | |
| Sexe : | Masculin | Féminin |  |
| Langue : | Français | Anglais | Autre : |
| Religion : |  |  |  |
| Revenus :  SAAQ  CSST  IVAQ  RRQ  Aide sociale  Pension/vieillesse AUTRES : | | | |

**PERSONNES SIGNIFICATIVES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de la mère : |  |  |  |
| Téléphone(s) de la mère : | Domicile : | Cellulaire : |  |
| Adresse de la mère : |  | | |
| Fréquence des contacts |  | | |
|  |  | | |
| Nom du père : | Inconnu | | |
| Téléphone(s) du père : | Domicile : | Cellulaire : |  |
| Adresse du père : |  | | |
| Fréquence des contacts |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conjoint / Enfants / Fratrie / Ami** | Oui  Non | |
| Si oui : | | |
| **Nom** | **Lien** | **Coordonnées** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**INFORMATIONS LÉGALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Y a t- il une ordonnance? | Oui  Non  de soins  d’hébergement  autre, préciser : |
| Si oui, date de l’ordonnance |  |
| Date de fin de l’ordonnance |  |
| Régime de protection | Privé  Publique  Aucun  curatelle aux biens. NOM :  curatelle à la personne NOM (si personne différente) :  tutelle aux biens. NOM :  tutelle à la personne, NOM : (si personne différente) : |
| Coordonnées |  |
|  |  |
| Répondant (sans régime) | Père  Mère  frère/sœur  Conjoint  Autre , préciser : |
| Coordonnées |  |
|  |  |
| Personne pouvant consentir aux soins  (si autre personnes que le représentant légal). | Oui  Non  Nom : |
| Coordonnées |  |
|  |  |
| Administration des biens | Oui  Non  Nom : |
| Coordonnées |  |
|  |  |
| Y a-t-il des interdits de contact | Oui  Non  Nom : |

**INFORMATIONS MÉDICALES**

\*\*Veuillez prendre note que tous les diagnostics pouvant porter préjudices ne sont pas identifiés (ex. : hépatites, etc.) conformément aux dispositions législatives. Donc, en tout temps avoir une pratique sécuritaire en mettant en place des mesures de protection (ex. : gants, etc.), et ce, pour tous les usagers.

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnostic principal | DI  TSA  DP |
| Autres diagnostics |  |
| Usager est-il médicamenté | Oui  Non  Joindre le profil pharmaceutique |
| Nom de la pharmacie |  |
| Allergies aux médicaments |  |
| Allergies alimentaires |  |
| Autres |  |
| Bactéries multi-résistantes | C-difficile  SARM  ERV  Autres  préciser : |

**COORDONNÉES PROFESSIONNELLES / PARTENAIRES IMPLIQUÉS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMS** | **COORDONNÉES** | **TÉLÉPHONE** |
| Intervenant pivot |  |  |  |
| Éducateur |  |  |  |
| Médecin traitant |  |  |  |
| Psychiatre |  |  |  |
| Dentiste/denturologiste |  |  |  |
| Optométriste |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Physiothérapeute |  |  |  |
| Autres professionnels | /spécialité : |  |  |
| Partenaires | /référence : |  |  |
| Transport adapté | /référence : |  |  |
| FIS | /référence : |  |  |
| Loisirs | /référence : |  |  |

**DIMENSION SOCIALE/ÉMOTIONNELLE/COMPORTEMENTALE**

|  |
| --- |
| Est-ce que l’usager peut rester seul? Oui  Non |
| Pour toute la clientèle hébergée DI – TSA,  Si nécessaire, utiliser le résultat de l’outil : « Inventaire des habilités pour rester temporairement seul à la maison »  Préciser la durée : une heure et moins moins de trois heures  moins de 6 heures  une journée entière |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Comportements agressifs d’ordre physique | oui  non | **Toutes les modalités nécessaires pour intervenir auprès de l’usager se retrouvent dans le (les) outil(s) suivant(s), si disponible \*:**  Outil de Prévention (OP) en DI-TSA  Mesure de contrôle  Procédure/protocole  préciser ex. : fugue, suicide :  Bilan et recommandation  Autres :  **\***les outils sont mis en annexe |
| Comportements agressifs d’ordre verbal | oui  non |
| Comportements destructeurs envers objets | oui  non |
| Comportements sexuels inappropriés | oui  non |
| Fugue | oui  non |
| Errance intrusive | oui  non |
| Usage incontrôlé :  alcool  drogue  internet  jeu |  |
| Fumeur | oui  non |
| Comportements stéréotypée (manie, obsessions, etc.) | oui  non |
| Verbalisation excessive | oui  non |
| Comportements de non-coopération, de provocation | oui  non |
| Comportements sociaux inappropriés (perturbateurs et offensants) | oui  non |
| Envahissement | oui  non |
| Impulsivité | oui  non |
| Automutilation | oui  non |
| Autre : | oui  non |

| SOMMEIL | Seul | Avec aide | Faire à la place | Équipements |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mobilité/transfert |  |  |  |  |
| **Routine du coucher** |  |  |  |  |
| Heure du coucher : | S’endort :  Facilement Difficilement  Période d’endormissement :       minutes | | | |
| **Routine du lever** |  |  |  |  |
| Heure du lever : |  | | | |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: |  | | | |

**Dimension AVD/AVQ**

| ALIMENTATION | Seul | Avec aide | Faire à la place | Équipements |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Manger/boire |  |  |  |  |
| Dysphagie :  oui  non | Précisez : | | | |
| Diète :  oui  non | Normale  Sans sucre  Sans sel  Autre : | | | |
| Texture :  oui  non | Normale  Purée  Lisse  Autre : | | | |
| Risque d’étouffement :  oui  non | Précisez : Dans quel contexte et pourquoi? | | | |
| Allergie :  oui  non | Précisez : | | | |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: | * Éviter les épices, ça lui cause des brulûres d'estomac. | | | |

| HABILLEMENT | Seul | | Avec aide | Faire à la place | Équipements |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| S’habille |  | |  |  |  |
| Se déshabille |  | |  |  |  |
| Fait la finition (attache lacets, ferme boutons…) |  | |  |  |  |
| Vêtements adaptés :  oui  non | |  | | | |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: | |  | | | |

| Hygiène  se laver le corps et cheveux | Seul | Avec aide | Faire à la place | Équipements | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mobilité /transfert bain/douche |  |  |  |  | |
| Se lave |  |  |  |  | |
| Se lave les cheveux |  |  |  |  | |
| S’essuie |  |  |  |  | |
| Porte un dentier :  oui  non |  |  |  |  | |
| Se brosse les dents |  |  |  |  | |
| Se rase |  |  |  |  | |
| Menstruation :  oui  non |  |  |  |  | |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: | * Se rase avec une surveillance avec modérée | | | |

| Élimination | Seul | Avec aide | Faire à la place | Équipements |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mobilité/transfert toilette |  |  |  |  |
| Retire et replace ses vêtements |  |  |  |  |
| Culotte d’incontinence  jour |  |  |  |  |
| Culotte d’incontinence ☐ nuit |  |  |  |  |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: |  | | | |

| DÉPLACEMENTS  à l’intérieur et l’extérieur | Seul | | Avec aide | Faire à la place | Équipements |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intérieur** | | | | | |
| Se déplace |  | |  |  |  |
| Monte un escalier |  | |  |  |  |
| Descend un escalier |  | |  |  |  |
| **Extérieur** | | | | | |
| Se déplace |  | |  |  |  |
| Utilise les transports en commun | n/a |  |  |  |  |
| Utilise le transport adapté | n/a |  |  |  |  |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: |  | | | | |

| MÉDICAMENTS et SOINS | Seul | | Avec aide | Faire à la place | Acte délégué (loi 90) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prépare ses médicaments | n/a \* |  |  |  |  |
| Prend ses médicaments | n/a \* |  |  |  |  |
| Soins ou traitements particuliers | n/a \* |  |  |  |  |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: |  | | | | |

| COMMUNICATION |  | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Communication expressive | Oui | Non | Communication réceptive  (niveau de compréhension) | Oui | Non |
| Non-verbale |  |  | Consigne simple |  |  |
| Verbale |  |  | Consigne complexe |  |  |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS : |  | | | | |

| APPAREIL CORRECTEUR/ORTHÈSE, PROTHÈSE |  | Seul | Avec aide | Faire à la place |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verre correcteur | n/a |  |  |  |
| Entretien verre correcteur | n/a |  |  |  |
| Appareil auditif : droite gauche | n/a |  |  |  |
| Installation appareil auditif | n/a |  |  |  |
| Entretien appareil auditif | n/a |  |  |  |
| Orthèses, prothèses | n/a |  |  |  |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: |  | | | |

| INTÉGRATION  action pour maintenir ses activités |  | Seul | Avec aide | Faire à la place |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Se préparer pour le départ | n/a |  |  |  |
| Précisez les activités et leur fréquence : |  | | | |
| COMMENTAIRES/PRÉCISIONS: |  | | | |

**Dimension cognitive**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fonctions mentales | Mémoire | | |
| Oublie des faits récents |  |  |
| Oublie régulièrement |  |  |
| Amnésie quasi-totale |  |  |
| Orientation | | |
| Bien orienté dans le temps, espace et aux personnes |  |  |
| Troubles cognitifs se manifestant par : |  |  |
| Jugement |  |  |
| Évalue et prend des décisions sensées |  |  |
| Troubles cognitifs se manifestant par : |  |  |

|  |
| --- |
| INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER : |
|  |

|  |
| --- |
| INTERVENTIONS À PROSCRIRE : |
|  |

Signature de l’intervenant :

Date de la remise au milieu d’hébergement :