|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 [x]  |
| 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 [ ] DifficilementPériode 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 [x]  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: | *
 |

| DÉPLACEMENTSà 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 :