

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

Date de la demande :	
<input type="checkbox"/> D.I. <input type="checkbox"/> D.P. <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> répit régional RTF <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> gardiennage <input type="checkbox"/> nombre de personnes
--

DOSSIER DE LA PERSONNE

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE			
VILLE		CODE POSTAL	
TÉL. ()		COURRIEL	
DATE NAISSANCE	ÂGE	Poids :	SEXE () F () M
LANGUE PARLÉE F () A ()	NAM	EXPIRATION	

REQUÉRANT(E)

<input checked="" type="checkbox"/> FAMILLE NATURELLE	Lien avec l'usager :		
Y A-T-IL UN(E) INTER AU DOSSIER?	ÉTABLISSEMENT :		
<input type="checkbox"/> OUI	NOM DE L'INTER :		
<input type="checkbox"/> NON	# DE TEL : ()	POSTE :	
NOM		PRÉNOM	
ADRESSE			
VILLE		CODE POSTAL	
TÉL. ()		COURRIEL	

URGENCE

NOM		PRÉNOM	
LIEN		TEL ()	
NOM		PRÉNOM	
Lien		TEL ()	

BESOINS DE RÉPIT

Est ce que la ressource peut

FUMEUR () OUI () NON	ANIMAUX () OUI () NON	Piscine () OUI () NON				
BESOIN						
() FIN DE SEMAINE	COMBIEN DE FDS PAR MOIS /					
() SUR SEMAINE	COMBIEN JOURS/ SEM					
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

RAPPORT SOMMAIRE (diagnostique et description)

LA PERSONNE A-T-ELLE DES BESOINS SPÉCIFIQUES, ROUTINE, ATTENTIONS PARTICULIÈRE?

CARACTÉRISTIQUES COMPORTEMENTALES? COMMENT RÉAGIR?

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX QUI ONT UNE INCIDENCE SUR LA VIE DE TOUS LES JOURS?

Maladie à divulgation obligatoire?

1- SPÉCIFICITÉ RESSOURCE ADAPTÉE

RAMPE D'ACCÈS	
BARRES D'APPUI	
BAIN ADAPTÉ	
CHAISE DE BAIN	
LIT D'HOPITAL	
LÈVE PERSONNE	
AUTRES	

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

2- ALLERGIES à quoi / Intervention

<input type="checkbox"/> ALIMENTAIRE	
<input type="checkbox"/> MÉDICAMENT	
<input type="checkbox"/> ANIMALE	
<input type="checkbox"/> VÉGÉTALE	
<input type="checkbox"/> Peur / Phobie	
LA PERSONNE PORTE-ELLE UN BRACELET OU AUTRE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

3- COMMUNICATION

<input type="checkbox"/> VERBALE	
<input type="checkbox"/> NON VERBALE	
<input type="checkbox"/> PAR SIGNE	
<input type="checkbox"/> PICTO OU TABLEAU	
<input type="checkbox"/> AUTRE	

4- ÉLIMINATION

INCONTINENCE

TYPES	COUCHES JOUR	COUCHES NUIT	AIDE REQUISE
URINAIRE			
FÉCALE			

5. MOBILITÉ

<input type="checkbox"/> SEUL	
<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	
<input type="checkbox"/> EN FAUTEIL	
<input type="checkbox"/> ORTHÈSE	
<input type="checkbox"/> PROTHÈSE	
<input type="checkbox"/> AUTRE	
commentaires	

6. HYGIÈNE

TYPES	AIDE TOTALE	AVEC AIDE	SEUL	COMMENTAIRES
DENTS				
BAIN				
DOUCHE				
HABILLEMENT				
BARBE				
MENSTRUATIONS				
CHEVEUX				
AUTRES				

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

7. ALIMENTATION

SEUL	AVEC AIDE	AIDE TOTALE	USTENSILES ADAPTÉS	BESOINS SPÉCIFIQUES (PURÉE OU AUTRE...)	DIÈTE SPÉCIALE

COMMENTAIRES	
--------------	--

COLLATION	ALIMENTS PERMIS	COMMENTAIRES
<input type="checkbox"/> AM		
<input type="checkbox"/> PM		
<input type="checkbox"/> SOIRÉE		

8. ORIENTATION ET CAPACITÉS

TEMPS	
ESPACE	
PERSONNES	
JUGEMENT	
COMPRÉHENSION	
MÉMOIRE	
ATTENTION	

9. SOMMEIL

LEVER

HEURE APPROX	AVEC AIDE	SANS AIDE	COMMENTAIRES

COUCHER

HEURE APPROX	AVEC AIDE	SANS AIDE	COMMENTAIRES

Insomnie	Oui (<input type="checkbox"/>) Non (<input type="checkbox"/>)	Intervention :
-----------------	---	----------------

SIESTE?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	HEURE APPROXIMATIVE ET DURÉE
---------	--	------------------------------

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

10. AFFECTIF

CAPACITÉ D'EXPRIMER SES SENTIMENTS, SES BESOINS :

--

11- SEXUALITÉ

SI SEXUALITÉ IL Y A, COMMENT LA PERSONNE EXPRIME-T-ELLE SA SEXUALITÉ?

--

12- HABILETÉS SOCIALES

CAPACITÉ D'ENTRER EN RELATION

AVEC L'ADULTE	
AVEC SES PAIRS	

13- MÉDICATION

NOM DU RX	RAISONS	DOSAGE	HEURE(S) ADMINISTRATION OU AU BESOIN	COMMENTAIRES

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

RX SANS ORDONNANCE?	RAISON	DOSAGE	HEURES ADMINIS.	COMMENTAIRES
Fourni par la famille				

14- CAPACITÉS SENSORIELLES

VISUELLE (LUNETTE?)	
AUDITIVE (APPAREIL?)	

15- GOÛTS ET INTÉRÊTS

Alimentaire	
Il aime beaucoup	Il n'aime pas du tout
Activités	
Il aime beaucoup	Il n'aime pas du tout

16- DÉPENSES PERSONNELLES

POUR SES ACHATS

<input type="checkbox"/> AIDE TOTALE	
<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	
<input type="checkbox"/> SEUL	

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

17- ROUTINE DE VIE

À remplir seulement si l'utilisateur ne peut déroger de sa routine habituelle

LEVER	
DÉJEUNER	
ACTIVITÉS AM	
DINER	
ACTIVITÉS PM	
SOUPER	
SOIRÉE	
COUCHER	
NUIT	

LA PERSONNE CONSOMME-T-ELLE DE L'ALCOOL?	() OUI	() NON	() À l'occasion
LA PERSONNE CONSOMME-T-ELLE DE LA DROGUE?	() OUI	() NON	() À l'occasion
LA PERSONNE CONSOMME-T-ELLE LA CIGARETTE?	() OUI	() NON	() À l'occasion
COMMENTAIRES :			

Demande de répit régional

NOM	PRÉNOM
-----	--------

18- INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES/ COMPORTEMENT PARTICULIERS

TGC () ÉPILEPSIE () TCS ()

AUTRES / COMMENTAIRES

19- MESURES RESTRICTIVES

Y A-T-IL DES MESURES RESTRICTIVES UTILISÉES? (comme par exemple des contentions...)	() OUI	() NON
QUELLES SONT CES MESURES?		

SI OUI, JE M'ENGAGE À SOUMETTRE LES PRESCRIPTIONS AFIN QU'ELLES SOIENT ANNEXÉES À MA DEMANDE.

20- AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS

J'AUTORISE QUE SOIENT TRANSMISES CES INFORMATIONS AUX PERSONNES OU ÉTABLISSEMENTS SUSCEPTIBLES D'INTERVENIR ET DE RÉPONDRE À MA DEMANDE.

Signature :	Date :
--------------------	---------------

FORMULAIRE COMPLÉTÉ PAR :	Date
TRANSMISSION a PSTR par :	Date

() besoin complexe () besoin simple () besoin prioritaire