

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### **MEMBRE UTILISATEUR** (PERSONNE VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU TSA (TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME))

Nom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_  Tél. maison: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  Tél. cellulaire: \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

No. assurance-maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Langue maternelle: Français  Anglais

Autre langues parlées: \_\_\_\_\_

Lieu de résidence:  Parent  Ressource de type familial  En appartement

Autres, précisez: \_\_\_\_\_

Taille chandail: \_\_\_\_\_

Activités de loisirs (vos préférences et intérêts): \_\_\_\_\_

Facturer mes activités à:  Directement au membre

Curateur Public

Curateur privé

Nom du curateur public / privé: \_\_\_\_\_ Numéro de dossier (s'il y a lieu): \_\_\_\_\_

### **MEMBRE ACTIF** (MEMBRE AYANT DROIT DE VOTE) PARENT OU RÉPONDANT.

Nom: \_\_\_\_\_ Lien avec le membre utilisateur: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_  Tél. maison \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  Tél. cellulaire: \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

No. d'assurance sociale du père ou de la mère (information **obligatoire pour la production du relevé 24 pour reçu de frais de garde pour crédit d'impôt**):

--	--	--

## TRANSPORT (membre utilisateur)

Quel transport utilisez-vous ?  Le vôtre  Répondant  AMI-BUS

TRANSPORT POUR NOUS INC.  Autres, précisez: \_\_\_\_\_

Demande de paiement de frais de transports pour des activités thérapeutiques : toute personne qui reçoit de l'aide sociale et utilise un transport adapté pour participer à des activités thérapeutiques régulières dont celles de l'AGDIA, peut recevoir un remboursement pour ses frais de transport. Avec votre accord, nous vous remettons une lettre d'attestation de présence à chaque début de mois.

Je désire recevoir une lettre d'attestation de présence à chaque mois.

Svp, faire parvenir une lettre d'attestation de présence au curateur publique.

Nom du curateur: \_\_\_\_\_

## INTERVENANTS (ES)

### CRDI

Nom de l'intervenant (e): \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

### CSSS

Nom de l'intervenant (e): \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

### ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant (e): \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

### EMPLOI (INTÉGRATION AU TRAVAIL)

Employeur / responsable: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Description des tâches:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### AUTRE ASSOCIATION OU ORGANISME

Nom du responsable: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Activités auxquelles vous participez:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

J'autorise les intervenants (es) mentionnés ci-dessus, à partager des informations sur:

Nom: \_\_\_\_\_

 Si oui, signez s'il vous plaît: \_\_\_\_\_

## DIAGNOSTIQUE

Déficience intellectuelle: Légère  Moyenne  Sévère   
TSA (trouble du spectre de l'autisme)  Trisomie  Xfragile   
TDA (trouble du déficit de l'attention)  TDAH (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité)   
Cécité  Mutité  Alzheimer

La personne présente-t-elle une problématique de santé mentale (bipolarité, schizophrénie, schizophrénie affective, trouble alimentaire, etc.) ? Oui  Non  .Si oui, précisez :

---

## CONDITION MÉDICALE

Surdité:  Si oui, portez-vous un appareil: OD  OG

Hépatite: A  B  C

Asthme: Oui  Non  Si oui, avez-vous un inhalateur? Oui

Cardiaque: Oui  Non

Diabète: Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Épilepsie: Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

La personne présente-t-elle des allergies et des intolérances (aliments, animaux, médicaments) Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

---

La personne a-t-elle à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit)? Oui  Non

La personne prend-t-elle régulièrement des médicaments prescrits ? Oui  Non

Si oui, lesquels (vous pouvez joindre votre carnet pharmacologie) \_\_\_\_\_

---

La personne est-elle en mesure de prendre la médication: Seule  Avec supervision

Avez-vous des renseignements supplémentaires importants à mentionner concernant la médication?

---

---

## AUTONOMIE GÉNÉRALE

### Communication

La personne est-elle verbale ? Oui  Non

La personne communique-t-elle aisément ? Oui  Non  Avec difficulté

### Sensoriel

La personne présente-t-elle des atteintes sensorielles importantes ? Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

### Alimentation

La personne s'alimente-t-elle seule ? Oui  Non  Avec supervision

La personne nécessite-t-elle une texture particulière pour ses aliments ? Oui  Non

Si oui quelle est la texture demandée ? (Purée, hachée, liquide, en morceaux, etc.)

La personne s'hydrate-t-elle seule? Oui  Non

Les liquides doivent-ils être épaissis? Oui  Non

Si oui, par quel moyen? \_\_\_\_\_

La personne nécessite-t-elle des objets adaptés pour s'alimenter ? (Paille, assiette antidérapante, tablier, etc.)

Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

La personne présente-t-elle un régime alimentaire particulier ? (Végan, kéto, végétalien, etc.) ? Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

### Autonomie à la toilette

Il y a-t-il présence d'incontinence urinaire ou fécale ? Oui  Non

Si oui, la personne porte-t-elle une culotte d'incontinence? Oui  Non

La personne est-elle en mesure de changer sa culotte d'incontinence seule? Oui  Non  Avec supervision

La personne a-t-elle besoin d'une assistance technique à la toilette? (aide pour s'essuyer, se laver les mains, etc.)

Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

### Déplacements

La personne se déplace-t-elle à l'aide d'une canne, d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

## COMPORTEMENTS

La personne présente-t-elle un trouble du comportement ? Oui  Non

Si oui, le/lesquels ? Opposition  Fugue  Agressivité

Il y a-t-il des interventions connues pour répondre au trouble du comportement ? (Plan d'intervention, outils maison, services d'un professionnel externe, etc.) Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Élément(s) déclencheur(s) pouvant provoquer une crise?

La personne présente-t-elle un trouble d'anxiété ? Oui  Non

Si oui, quels sont les facteurs qui mènent à l'anxiété?

Comment la personne réagit-t-elle dans un groupe?

Il y a-t-il d'autres informations pertinentes à nous mentionner face au comportement de la personne ? Oui  Non

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

## ORS DES ACTIVITÉS, AUTRE PERSONNE AUTORISÉE À VENIR CHERCHER LE MEMBRE UTILISATEUR ET À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Signature du membre utilisateur (si 14 ans et plus): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du membre actif (parent ou répondant): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_