



## Association des personnes handicapées D'Autray sud

588 rue Montcalm, Suite 213, Berthierville J0K 1A0

Tél : 450-836-6877

[www.aphautraysud.org](http://www.aphautraysud.org)

Les informations contenues dans ce formulaire sont demandées à titre indicatif et uniquement dans le but de posséder une description des besoins spécifiques de la personne-membre de l'APHAS, de façon à assurer des services qui soient personnalisés et sécuritaires. Ces informations seront traitées de façon confidentielle par l'APHAS et ses représentants.

Identification du membre	
Prénom :	Date de naissance :
Nom de famille :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse complète :	Téléphone :
École fréquentée :	Langue parlée :
Nom intervenant(e) :	Téléphone : La Myriade <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Milieu de vie : Famille naturelle <input type="checkbox"/>	Ressource non-institutionnelle <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/>
Nom de la personne responsable :	
Lien : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
<b>En cas d'urgence</b> Donnez le nom et numéro de téléphone de 2 personnes pouvant être rejoint en tout temps autre que ci-haut mentionné.	
1. Nom :	Téléphone :
Lien :	
2. Nom :	Téléphone :
Lien :	
État de santé	
Déficience Intellectuelle <input type="checkbox"/>	
Déficience Physique <input type="checkbox"/>	
Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/>	
• Autres diagnostics connus :	
Date du diagnostic :	
• Est-il sujet à faire des crises d'épilepsie? Oui <input type="checkbox"/> Si oui, remplir l'annexe 1 Non <input type="checkbox"/>	

• Sa santé lui permet-elle de faire toutes les activités?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• Allergie connue (médicaments, alimentaire ou autres) :			
Description de la réaction :			
Traitement (s'il y a lieu) :			
• Dans son alimentation, y-a-t-il une diète spéciale? :			
Mange-t-il en purée?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• Y-a-t-il des comportements particuliers (ex. : agressivité) ou des habitudes spécifiques?			
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, remplir l'annexe 2		
MÉDICATION (s'il y a lieu)			
Description :			
• La personne est-elle en mesure de la prendre par elle-même ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
faut-il lui donner ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Quand? Dîner <input type="checkbox"/>	Souper <input type="checkbox"/>		
<b>Niveau d'autonomie</b>			
• Le membre est-il incontinent?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, quand?	Jour <input type="checkbox"/>	Nuit <input type="checkbox"/>	
Porte-t-il des culottes d'incontinence?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Doit-on lui faire penser d'aller à la toilette?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
La fréquence :			
À la salle de bain, a-t-il besoin d'aide?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autres informations pertinentes :			
• Petites questions supplémentaires pour nous aider.			
Il se transfère :	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>
Il met ses souliers :	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	
Il s'habille :	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	
Il mange :	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	
Il coupe sa nourriture :	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	
Il boit :	Seul <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>	
• Comment se déplace la personne?			
La marche <input type="checkbox"/>	En fauteuil motorisé <input type="checkbox"/>	En fauteuil manuel <input type="checkbox"/>	
Avec béquille <input type="checkbox"/>	Avec canne <input type="checkbox"/>	Avec marchette <input type="checkbox"/>	
La personne peut-elle se transférer elle-même sur un banc d'autobus (tonus)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
• Le membre porte-t-il un appareil orthopédique?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

## Communication

Pour nous aider à mieux se comprendre!

Le langage verbal : Facilement  Avec difficulté  Pas du tout

Les gestes : Facilement  Avec difficulté  Pas du tout

LSQ  Code gestuel Amer-ind

La lecture labiale : Facilement  Avec difficulté  Pas du tout

L'écrit: Facilement  Avec difficulté  Pas du tout

Avec des pictogrammes : Facilement  Avec difficulté  Pas du tout

Autres :

### Il voit :

Des deux yeux

D'un œil  à gauche  à droite

Ne voit pas  Depuis :

Porte une prothèse

Daltonien

### Il entend :

Des deux oreilles

D'une oreille

N'entend pas  Depuis :

Porte un appareil auditif  à gauche  à droite  aux deux

## Autres informations

Si vous croyez qu'il serait pertinent que nous sachions toutes autres informations concernant le membre, veuillez nous en faire part :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Au moment où surviennent ce ou ces comportements, selon vous, quelle serait la façon idéale d'intervenir afin de le calmer et de le rassurer?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature du membre ou de son représentant :

Date :