|  |  |
| --- | --- |
| **Code à barres**  **SOMMAIRE DES RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA PRISE EN CHARGE DE L’USAGER PAR UNE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE OU DE TYPE FAMILIAL** | No de dossier    Nom et prénom à la naissance  Date de naissance (AAAA-MM-JJ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’USAGER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | | | | | | | Prénom : | | | |  | | | | | | | | | | No de dossier : | | |  |
| No assurance maladie : | | | | | | | |  | | | | | | | | *Date d’expiration :* | | | | |  | | | | | | Sexe : F M | |
| Date de naissance : | | | | | | |  | | | Langue(s) parlé(e)s : | | |  | | | | | | | | | Nationalité : | | | |  | | |
| *aaaa-mm-jj* | | |
| 1. **IDENTIFICATION DU RÉGIME LÉGAL APPLICABLE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RÉGIME DE PROTECTION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L’usager est considéré comme apte à prendre ses décisions : | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non  (vérifier tout de même son consentement avant chaque soin/décision) | | | | | | | | | | | | | |
| L’usager bénéficie d’un régime avec conseiller au majeur : | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | **Étendu du régime** | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Précisez :** | | | | | Curatelle : | | | | publique | | | | À la personne | | | | | | | Aux biens | | | | | | | | |
|  | | | | privée | | | | À la personne | | | | | | | Aux biens | | | | | | | | |
| Tutelle : | | | | publique | | | | À la personne | | | | | | | Aux biens | | | | | | | | |
|  | | | | privée | | | | À la personne | | | | | | | Aux biens | | | | | | | | |
| **REPRÉSENTANT LÉGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | | | | |  | | | | | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ville : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Code postal : | | | | |  | | | | | |
| **Précisions :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADMINISTRATION DES BIENS (USAGER NON LÉGALEMENT REPRÉSENTÉ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’usager a confié volontairement la gestion de ses revenus à un tiers :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | | | | |
| **Si oui, la gestion est confiée à :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | | | | |  | | | | | |
| Adresse : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ville : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Code postal : | | | | |  | | | | | |
| **MANDAT EN CAS D’INAPTITUDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’usager bénéficie d’un mandat en cas d’inaptitude homologué :** | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui  Non | | | | | | | | | | | |
| **Mandataire :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | | | | |  | | | | | |
| Adresse : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ville : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Code postal : | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GARDE LÉGALE DE L’ENFANT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type de garde légale :** | | | | | | Exclusive  Conjointe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’enfant est confié à :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Si garde conjointe, l’enfant est aussi confié à :** | | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Nom : | | |  | | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse : | | |  | | | | | | | |
| Ville : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Ville : | | |  | | | | | | | |
| Code postal : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Code postal : | | | | |  | | | | | |
| Téléphone : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | | | | |  | | | | | |
| **ORDONNANCE JUDICIAIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oui | | | Non | | | | | ***Si oui :*** | | | | | **Date de début :** | | |  | | | | | | | |  | **Date de fin :** | | |  |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | aaaa-mm-jj | | | | | | | |  |  | | | aaaa-mm-jj |
| **Conditions :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personne(s) concernée(s) :** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Interdiction de contact :** | | | | | | | Oui | | | | | Non | | **Personne(s) concernée(s) :** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Précisions :** | | | | *Mesures, conditions, etc.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERSONNE POUVANT CONSENTIR AUX SOINS (lorsque requis)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ordonnance :**  Traitement  Hébergement | | | | | | | | | | | | | | | | | **Durée :** | | | | | | | | | | | |
| Représentant légal | | | | | | | | | | Conjoint | | | | | Autre (précisez) : | | | | | | |  | | | | | | |
| Mandataire | | | | | | | | | | Parent | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Coordonnées de la personne pouvant consentir aux soins :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone : | | | | | | |  | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ville : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Code postal : | | | | | |  | | |
| **NIVEAU DE SOINS** (vous devez évaluer la nécessité de remettre ce document) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oui | | | | | Non | | | | | | En annexe | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PERSONNE À JOINDRE EN CAS D’URGENCE** | | | | |
| Nom : |  | Lien : |  | |
| Adresse : |  | Téléphone : |  | |
| Ville : |  | Code postal : | |  |
|  | | | | |
| 1. **PERSONNES SIGNIFICATIVES** | | | | |
| Nom : |  | Lien : |  | |
| Adresse : |  | Téléphone : |  | |
| Ville : |  | Code postal : | |  |
| **Fréquence des contacts :** | | | | |
| Nom : |  | Lien : |  | |
| Adresse : |  | Téléphone : |  | |
| Ville : |  | Code postal : | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fréquence des contacts :** | | | | |
| Nom : |  | Lien : |  | |
| Adresse : |  | Téléphone : |  | |
| Ville : |  | Code postal : | |  |
| **Fréquence des contacts :** | | | | |
| Nom : |  | Lien : |  | |
| Adresse : |  | Téléphone : |  | |
| Ville : |  | Code postal : | |  |
| **Fréquence des contacts :** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DES INTERVENANTS ET DES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS AUPRÈS DE L’USAGER** | | | | | |
| **Intervenant/ professionnel** | **Nom** | | **Téléphone** | **Dernier  rendez-vous** | **Prochain  rendez-vous** |
| Médecin de famille |  | |  |  |  |
| Infirmière |  | |  |  |  |
| Optométriste |  | |  |  |  |
| Dentiste |  | |  |  |  |
| Travailleur social |  | |  |  |  |
| Éducateur spécialisé |  | |  |  |  |
| Intervenant RI-RTF |  | |  |  |  |
| **Autres spécialités :** | | | | | |
| Pharmacie attitrée |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| 1. **CONTEXTE DE L’HÉBERGEMENT ET MESURES SPÉCIFIQUES AYANT UN IMPACT SUR CELUI-CI \*** | | | | | |
| Motif et contexte de l’intégration : | |  | | | |
| Problématique(s) particulière(s) liée(s) au placement : | |  | | | |
| Placement(s) antérieur(s), si pertinent : | |  | | | |
| Mesures à prendre en compte pour la prestation de services : | | *Restrictions, mesures de contrôle, interventions particulières, durée prévue du placement, etc.* | | | |

| 1. **DONNÉES SUR L’ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE \*** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antécédents médicaux ayant un impact sur la prestation de service** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : Nombre de caractères limités à 250 | | | | | | |
| **Diète spéciale** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : Nombre de caractères limités à 250 | | | | | | |
| **Précautions à prendre concernant l’alimentation** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : Nombre de caractères limités à 250 | | | | | | |
| **Allergies connues** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : Nombre de caractères limités à 250 | | | | | | |
| **Aide relative à des limitations physiques ou cognitives (aide aux transferts, milieu sécurisé, transport adapté)** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : Nombre de caractères limités à 250 | | | | | | |
| **Adaptations nécessaires dans le milieu de vie** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : Nombre de caractères limités à 250 | | | | | | |
| **Aide technique requise** | | | | | | | |
| Port d’orthèses ou prothèses : | | |  | | | |  |
| Aide à la communication (ex. : lunettes, appareils auditifs) : | | | | | |  |  |
| Matériel d’incontinence ou aide à l’élimination : | | | |  | | |  |
| Utilisation du transport adapté : | | |  | | | |  |
| Précautions particulières à prendre concernant des problématiques de santé mentale ou de comportement : | | | | |  | |  |
| Autres : | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Problématique de santé physique requérant des précautions particulières** | | | | | | | |
| Oui  Non | Si oui, précisez : | | | | | | |
| **Médicaments**  *Joindre le profil pharmacologique ou la liste des médicaments au Sommaire.* | | | | | | | |
| **Advenant le cas où l’usager ou son représentant légal ne consente pas à la transmission de certaines informations personnelles, indiquez à la ressource les précautions à prendre, le cas échéant, pour assurer sa propre sécurité, la sécurité de l’usager ainsi que celle des autres usagers :** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Comportement(s) particulier(s)** |
| **Approche(s) préconisée(s)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **HABITUDES DE VIE \*** | | | | | | | | | | | | |
| **Veuillez préciser la routine de vie et, si nécessaire, les besoins particuliers de l’usager** | | | | | | | | | | | | |
| **Activités/loisirs** | | | | | | **Stage/travail/école** | | | | | | |
| **Endroit :** |  | | | | | **Endroit :** | |  | | | | |
| Nom du responsable : | | |  | | | Nom du responsable : | | | | |  | |
| Numéro de téléphone : | | |  | | | Numéro de téléphone : | | | | |  | |
| Horaire : |  | | | | | Horaire : | |  | | | | |
| **Endroit :** |  | | | | | **Endroit :** | |  | | | | |
| Nom du responsable : | | |  | | | Nom du responsable : | | | | |  | |
| Numéro de téléphone : | | |  | | | Numéro de téléphone : | | | | |  | |
| Horaire : |  | | | | | Horaire : | |  | | | | |
| **Alimentation** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Habillement** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Relations interpersonnelles** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Mobilité** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Plan de sommeil** | | | | | | | | | | | | |
| Heure du lever : | | | | | Heure du coucher : | | | | | Sieste : | | |
| Particularités : | | | | | | | | | | | |
| **Hygiène** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Consommation** | | | | | | | | | | | | |
| Aucune | | | | | | | | | | | | |
| Tabac : | | Fréquence : | |  | | | Quantité : | |  | | | |
| Alcool : | | Fréquence : | |  | | | Quantité : | |  | | | |
| Drogue : | | Fréquence : | |  | | | Quantité : | |  | | | |
| Précisions : | | | | | | | | | | | | |
| **Particularités** | | | | | | | | | | | | |
| **Peurs** :  oui  non  Si oui, précisez : | | | | | | | | | | | | |
| **Traumatismes** :  oui  non  Si oui, précisez : | | | | | | | | | | | | |
| **Habitudes rassurantes :** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Élimination** | | | |
| Autonome  Semi-autonome, précisez : | |  |  |
| Incontinent, précisez :  Diurne  Nocturne | | | |
| Particularités liées à l’élimination : |  | | |
| **Budget** | | | |
| Sources de revenus : | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** | **Pour les données des points 7, 8 et 9, un soin particulier doit être apporté par l’établissement à la détermination des renseignements qui doivent être transmis en fonction du critère de nécessité.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature de l’intervenant |  | Signature de la ressource |
|  |  |  |
| Date (aaaa-mm-jj) |  | Date (aaaa-mm-jj) |

***VEUILLEZ RETOURNER CE DOCUMENT AU CISSS CÔTE-NORD À LA FIN DU PLACEMENT***