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

*Consulter l’icône pour connaître l’information à transmettre à la ressource ou les précisions à fournir. Toutes les sections doivent être remplies.*

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’USAGER**
 |
| Nom / Prénom :[Nom et prénom] | No de dossier :[No dossier] |
| Date de naissance : [AAAA-MM-JJ ] | Âge : |
| Numéro d’assurance maladie :  | Sexe : Choisir un élément |
| Langue parlée : [ ]  **Français** [ ]  **Anglais**  [ ]  **Innu-aimun** [ ]  Autre :  |
| Programme service (responsable usager) | Choisissez un élément |

|  |
| --- |
| 1. **FAMILLE / PROCHE À JOINDRE EN CAS D’URGENCE**
 |
| Nom / Prénom :  | No téléphone : |
| Adresse complète :       |
| Lien avec l’usager :  |

|  |
| --- |
| 1. **SERVICE DE L’ÉTABLISSEMENT À JOINDRE ENTRE 16 H ET 8 H**
 |
| Besoins support **SANTÉ** | Choisir un élément |
| Besoins support **PSYCHOSOCIAL** | Choisir un élément | Fiche enregistrée : [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| 1. **PRÉSENCE DE MESURES DE PROTECTION** Informations
 |
| **MESURE NON JUDICIAIRE** | [ ]  **Oui**  [ ]  **Non** |
| Mesure d’assistance**:** [ ]  **Oui** [ ]  **Non** | Nom / Prénom :   |
| No téléphone :  |
| Nom / Prénom :  |
| No téléphone :  |
| L’usager a confié volontairement la gestion de ses revenus à un tiers : [ ]  **Oui**  [ ]  **Non**  | Nom / Prénom :  |
| No téléphone :  |
| Adresse :       |
| **MESURE DE REPRÉSENTATION (judiciaire)** | [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
|  [ ]  **À la personne**  | [ ]  Privée  | [ ]  **Aux biens**  | [ ]  Privée |
| [ ]  Publique | No dossier :  | [ ]  Publique | No dossier :  |
| **Tuteur** | **Tuteur** |
| Nom / Prénom :  | Nom / Prénom :  |
| No téléphone :  | No téléphone :  |
| Adresse :       | Adresse :       |
| **MANDAT DE PROTECTION**  |
| L’usager bénéficie d’un mandat de protection homologué par le tribunal :  [ ]  **Oui** [ ]  **Non**  | Nom / Prénom :  |
| No téléphone :  |
| Adresse :       |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ORDONNANCE JUDICIAIRE**
 | [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Date de début : AAAA-MM-JJ Date de fin : AAAA-MM-JJ |
| Interdit de contacts : [ ]  **Oui**  [ ]  **Non**  | Personne(s) concernée (s) :  |
| Précisions (mesures, conditions) :  |
| **ORDONNANCE DE SOINS** (traitement ou hébergement)  | [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| [ ]  Traitement [ ]  Hébergement  |  [ ]  Remis à la ressource | Date début : AAAA-MM-JJ Date fin : AAAA-MM-JJ  |
| Particularités ou services que la ressource doit rendre :   |

|  |
| --- |
| 1. **NIVEAU DE SOINS ET DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE** (AH-744 déterminé par un médecin)
 |
|  [ ]  **Oui** [ ]  **Non**  | [ ]  **Formulaire remis à la ressource**  |

|  |
| --- |
| 1. **PERSONNES SIGNIFICATIVES**
 |
| Nom / Prénom :  | No téléphone :  |
| Lien avec l’usager :       | Proche aidant Informations: [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Adresse complète :       |
| Nom / Prénom :  | No téléphone :  |
| Lien avec l’usager :       | Proche aidant : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Adresse :       |
| Nom / Prénom :  | No téléphone :  |
| Lien avec l’usager :       | Proche aidant : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Adresse complète :       |
| Nom / Prénom :  | No téléphone :  |
| Lien avec l’usager :       | Proche aidant : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Adresse :       |

|  |
| --- |
| 1. **CONTEXTE DE L’HÉBERGEMENT \***
 |
| Motif et contexte de l’intégration :  |
| Problématique(s) particulière(s) reliée(s) au placement :  |
| Placements(s) antérieur(s), si pertinent au placement actuel :  |

|  |
| --- |
| 1. **InformationsCAPACITÉ D’ÉVACUATION EN CAS D’INCENDIE**
 |
| Analyse de la capacité à évacuer de l’usager réalisée : [ ]  **Oui**  [ ]  **Non** | [ ]  **Formulaire remis à la ressource**  |

|  |
| --- |
| 1. **GESTION DE L’ALLOCATION DES DÉPENSES PERSONNELLES DE L’USAGER (ADP)** **Informations**
 |
| Responsable de la gestion ADP : | [ ]  **Usager** | [ ]  **RI-RTF**  | [ ]  **Autre** :  |
| Précisions :   |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMATIONS SUR L’ÉTAT DE SANTÉ (MÉDICALE, PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE) DE L’USAGER \*** **Informations**
 |
| **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**  |
|  |
| **ALLERGIES / INTOLÉRANCE À DES MÉDICAMENTS ET/OU PRODUITS** **Informations** |
|  |
| **PROBLÉMATIQUE DE CHUTES** |
| Usager connu pour chutes fréquentes : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Cause(s) probable(s) : |  |
| **RISQUE DE PLAIES** |
| Usager à risque de plaies : [ ]  **Oui**  [ ]  **Non** |
| Précisez la zone et les soins à faire par la ressource : |  |
| **MÉDICATION**  |
| Usager apte à prendre sa médication seul :  | [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| Insuline : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** | Préciser les interventions Informations :  |
| Clozapine : [ ]  **Oui**  [ ]  **Non** |
| Médicaments vente libre : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |

|  |
| --- |
| 1. **HABITUDES DE VIE \***
 |
| **ALIMENTATION**  |
|  |
| SPÉCIFICITÉS ALIMENTAIRES | PRÉCISIONS |
|[ ]  Intolérances / Allergies alimentaires |       |
|[ ]  Diète prescrite ou particulière |       |
|[ ]  Supplément (boost, etc.) |       |
|[ ]  Texture des aliments |       |
|[ ]  Trouble de déglutition (dysphagie) |       |
|[ ]  Restriction liquidienne |  |
|[ ]  Épaississeur alimentaire |       |
|[ ]  Gavage |       |
| **HORAIRE DE REPAS DE L’USAGER**  |
| Déjeuner :  | Dîner :  | Souper :  | Collations :  |
| **HABILLEMENT** (habiller/déshabiller)  |
|       |
| **HYGIÈNE / ENTRETIEN DE SA PERSONNE**  |
|  |
| **Hygiène complète** | [ ]  **Bain** | [ ]  **Douche** | [ ]  **Lit** |
|  | Fréquence habituelle/désirée de l’usager | fois/semaine  | [ ]  **AM** [ ]  **PM** [ ]  **Soir** |
| **Toilette partielle** | [ ]  **Lavabo** | [ ]  **Lit** | [ ]  **Autre** :  |
|  | Fréquence habituelle/désirée de l’usager | [ ]  **Matin** | [ ]  **Soir** |
| **ÉLIMINATION**  |
|  |
| Incontinence | Urinaire | Fécale | Type de protection | Grandeur | Particularités  |
| **Jour** |[ ] [ ]  Choisir un élément | Choisir un élément |  |
| **Soir** |[ ] [ ]  Choisir un élément | Choisir un élément |  |
| **Nuit** |[ ] [ ]  Choisir un élément | Choisir un élément |  |
| **HABITUDES DE SOMMEIL**  |
|       |
| Heure habituelle de lever :   | Heure habituelle de coucher :  | Sieste : [ ]  **AM** [ ]  **PM** [ ]  **Soir** |
| Utilisation : [ ]  **BiPAP** [ ]  **CPAP**   | Consignes d’utilisation transmises à la RI-RTF : [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| **MOBILITÉ**  |
|  |
| **AIDES TECHNIQUES / ADAPTATIONS DU MILIEU NÉCESSAIRES POUR L’USAGER**  | [ ]  **Aucune** |
| TYPES | PRÉCISIONS |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| **COMMUNICATION**  | Précisions |
| VOIR  | Choisir un élément |  |
| ENTENDRE  | Choisir un élément |  |
| PARLER  | Choisir un élément |  |
| **FONCTIONS MENTALES**  |
|  |
| **COMPORTEMEN****TS**  | [ ]  **Aucun** |
| SPÉCIFIER LA OU LES MANIFESTATIONS | PRÉCISIONS / APPROCHES OU INTERVENTIONS À PRÉCONISER |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| Choisir un élément |  |
| **MESURES DE CONTRÔLE**  |
| L’usager nécessite des mesures de contrôle : | [ ]  **Oui**  [ ]  **Non** | [ ]  **Remis à la ressource**  |
| **HABITUDES DE CONSOMMATION** | [ ]  **Aucune** |
| [ ]  **Tabac** | Fréquence / Quantité : |  |
| [ ]  **Alcool** | Fréquence / Quantité : |  |
| [ ]  **Drogue** | Fréquence / Quantité : |  |
| **ACTIVITÉS OCCUPATIONNELLES / LOISIRS** | [ ]  **Aucune** |
| Choisir un élément | Choisir un élément | Choisir un élément | Choisir un élément | Choisir un élément |
| Choisir un élément | Choisir un élément |  |  |       |
| **ACTIVITÉS SOCIALES / CULTURELLES**  | [ ]  **Aucune** | **STAGE / TRAVAIL / ÉCOLE / CENTRE DE JOUR / BÉNÉVOLAT** | [ ]  **Aucun** |
|  | Nom de l’organisme :  |
|  | Nom / Prénom du responsable :  |
|  | No téléphone :  |
|  | Horaire (jours / heures de fréquentation) :  |  |
| **AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **TRANSPORT**
 |
| [ ]  Usager en mesure d’utiliser les moyens de transport seul | [ ]  Usager doit être accompagné  |
| TYPE DE TRANSPORTS |
| Réservation des transports faite par : | [ ]  **Usager** | [ ]  **RI-RTF**  | [ ]  **Autre** :  |
| [ ]  **Voiture / Taxi** | [ ]  **Transport en commun** |
| [ ]  **Transport adapté**  | Nom de la compagnie transport :  |
| No téléphone pour réservation:  |

|  |
| --- |
| 1. **ACCOMPAGNEMENT AUX RENDEZ-VOUS**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET INTERVENANTS IMPLIQUÉS AUPRÈS DE L’USAGER**
 |
| PROFESSIONNELS / INTERVENANTS | NOM | NO TÉLÉPHONE | DERNIER RENDEZ-VOUS | PROCHAIN RENDEZ-VOUS |
| Médecin de famille  |  |  |  |  |
| Optométriste |  |  |  |  |
| Dentiste |  |  |  |  |
| Pharmacie attitrée |  |  |  |  |
| Infirmière désignée |  |  |  |  |
| Intervenant usager |  |  |  |  |
| Éducateur spécialisé |  |  |  |  |
| Intervenant RI-RTF |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\* *Pour les données des points 8, 11, 12, un soin particulier doit être apporté par l’établissement à la détermination des renseignements qui doivent être transmis en fonction du critère de nécessité.***

Ce sommaire doit être remis à la RI-RTF au moment du placement de l’usager mais au plus tard 72 heures après son arrivée dans la ressource et révisé selon le Règlement.

Signature de l’intervenant Signature de la ressource

AAAA/MM/JJ Date

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