|  |  |
| --- | --- |
| **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 naissanceDate 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 [ ]  nonSi oui, précisez :       |
| **Traumatismes** : [ ]  oui [ ]  nonSi 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***