



Questionnaire santé Secteur jeunesse

Date : ____ / ____ / ____
 Jour Mois Année

(SVP. Écrire en lettres moulées)

Identification du participant(e)

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Adresse complète: _____ # app. _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone maison:(_____) _____ Numéro transport adapté: _____
Sexe : M F Âge : _____ Date de naissance (J /M/A): _____ / _____ / _____

Identification des parents/tuteurs

Nom de famille du père: _____ Prénom du père: _____
Téléphone maison:(_____) _____ cell: (_____) _____
Téléphone bureau: (_____) _____ autre:(_____) _____

Nom de famille mère: _____ Prénom mère: _____
Téléphone maison:(_____) _____ cell: (_____) _____
Téléphone bureau: (_____) _____ autre:(_____) _____

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom de famille: _____ Prénom: _____ Lien: _____
Téléphone maison:(_____) _____ cell: (_____) _____
Téléphone bureau: (_____) _____ autre:(_____) _____

Informations médicales

Numéro d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____
Handicap principal: _____
Membre(s) atteint(s) : _____
Handicap secondaire : _____

Médication :

Est-ce que le participant(e) prend des médicaments? Oui Non si oui, spécifiez
a) Quel est le nom du ou des médicaments? _____
b) Cette médication est prise pour quelle raison? _____
c) Quels sont les effets secondaires de ces médicaments? _____
d) Est-ce que la médication doit-être prise durant les activités de Viomax? Oui Non
Si oui, spécifiez à quel moment de la journée: _____

Est-ce que le participant porte:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------|-----------------------------------|
| Un corset? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Des prothèses pour les jambes? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, veuillez préciser : | Droite | <input type="checkbox"/> | gauche | <input type="checkbox"/> | les deux <input type="checkbox"/> |
| Des prothèses pour les bras/ mains? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, veuillez préciser : | Droite | <input type="checkbox"/> | gauche | <input type="checkbox"/> | les deux <input type="checkbox"/> |
| Des lunettes? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Prothèse auditive? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, veuillez préciser : | Droite | <input type="checkbox"/> | gauche | <input type="checkbox"/> | les deux <input type="checkbox"/> |
| Besoin d'aide pour les mettre? | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | |

Allergies

Est-ce que le participant(e) à des allergies (médicaments, nourriture, animaux, etc.)? Oui Non

Si oui, quelles sont les allergies ? _____

Décrivez quelle est la réaction : _____

Médication à prendre : _____

Est-ce que l'utilisation d'une Epipen est requise? Oui Non

Histoire médicale :

Le participant(e) est-il sujet à des troubles (*cochez les troubles qu'il (elle) possèdent*):

- | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> | Musculaire | <input type="checkbox"/> | Système nerveux | <input type="checkbox"/> | Étourdissement | <input type="checkbox"/> |
| Pulmonaire | <input type="checkbox"/> | Articulaire | <input type="checkbox"/> | Hépatites B | <input type="checkbox"/> | Diabète | <input type="checkbox"/> |
| Tension artérielle | <input type="checkbox"/> | Évanouissement | <input type="checkbox"/> | Osseux | <input type="checkbox"/> | Visuel | <input type="checkbox"/> |
| Incontinence | <input type="checkbox"/> | Infections | <input type="checkbox"/> | Asthme | <input type="checkbox"/> | Auditif | <input type="checkbox"/> |

Le participant(e) a t'il déjà fait une crise d'épilepsie ? Oui Non

Si oui, quand a eu lieu la dernière? _____ À quelle fréquence? _____

Décrivez la crise: _____

Est-ce que le participant(e) a une dérivation (shunt)? Oui Non

Si oui, décrivez quels sont les soins spécifiques à apporter: _____

Décrivez toutes autres informations sur la santé du participant(e) importants à connaître : _____

En général :

- Aucune restriction à l'activité physique
- Les activités physiques ordinaires n'ont pas besoin de restrictions mais les efforts rigoureux doivent être évités.

Communication :

- Langue(s) parlée(s) français anglais autres : _____
- Un langage parlé gestuel non verbal
- Un appareil de communication oui non Si oui, lequel : _____
- Le participant(e) se fait comprendre facilement difficilement
- Le participant(e) comprend :
 - Consignes simples facilement difficilement
 - Consignes complexes facilement difficilement

Le participant(e) a besoin d'aide pour :

- Manger oui non
- Boire oui non
- S'habiller oui non
- Aller aux toilettes oui non
- Se déplacer oui non

- L'enfant est aux couches oui non
- Porte une sonde? oui non

Si oui, veuillez s'il-vous-plait remplir le formulaire en annexe.

La plupart du temps le participant se déplace :

- Seul à la marche oui non
- Seul, en fauteuil roulant oui non
- Avec aide, en fauteuil roulant oui non
- À l'aide de béquilles canadienne oui non
- À l'aide de béquilles oui non
- À l'aide d'une marchette oui non

- L'enfant se transfert : Seul Avec aide
- À besoin de supervision pour transférer? Oui Non

Préciser la méthode:

- Avec l'aide de deux personnes
- Pivote pour transfert (debout avec support)
- Utilise un levier mécanique (de la maison)

Comportement

L'enfant se fatigue : Rarement parfois Souvent

L'enfant à un problème d'attention: Rarement parfois Souvent

Est-ce qu'il y a certaines méthodes spécifiques utilisées pour avoir l'attention du participant? _____

La relation avec l'adulte, les pairs et les inconnus :

Adulte : bonne moyenne mauvaise

Pairs: bonne moyenne mauvaise

Inconnus : bonne moyenne mauvaise

L'enfant a-t-il des troubles de comportement ou d'agressivité? oui non

Si oui, spécifiez _____

L'enfant a-t-il des réactions en état de tension ou lorsque contrarié : oui non

Si oui, spécifiez _____

Craintes ou peurs spécifiques ? _____

Milieu aquatique

Est-ce que le participant peut nager de façon autonome? oui non

Avec un aide flottant (nouille, des flotteurs, gilet de sauvetage) Spécifiez: _____

Réactions de l'enfant face à l'eau et la piscine : _____

Autres

Autres comportements spécifiques : _____

Commentaires _____

J'autorise Viomax à utiliser des photos de mon enfant prises durant les activités du secteur jeunesse. oui non

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

ANNEXE
INFORMATION SUR SONDE
Autorisation parentale

(SVP. Écrire en lettres moulées)

Information sur le sonde

Est-ce que votre enfant porte une sonde ? Oui Non

Si oui, est-ce que votre enfant est Autonome A besoin d'aide Sous supervision

Est-ce que son cathéter doit être fait durant les activités de Viomax? Oui Non

Si oui, précisez à quel moment de la journée : _____

Dans l'absence de la personne autorisée à faire le cathéter, est-ce que votre enfant est capable de passer à travers la journée?
Oui Non

Autorisation Parentale

Si votre enfant a besoin d'aide ou de supervision :

Est-ce que vous autorisez un employé de Viomax (si possible le responsable d'équipe) à effectuer le cathéter ou à superviser votre enfant lorsqu'il (elle) effectue son cathéter ? Oui Non

Engagement

Si votre enfant a besoin d'aide ou de supervision et que vous acceptez qu'un employé de Viomax (si possible le responsable d'équipe) effectue ou supervise le cathéter de votre enfant, vous vous engagez à montrer à celui-ci comment effectuer le cathéter de votre enfant. Vous vous engagez également à nous aviser de tout changement concernant la sonde de votre enfant.

Signature du (des) Parent(s)

Signature du père : _____

Signature de la mère : _____

Date : _____