

1.IDENTIFICATION DU PARTICIPANT			
Nom de famille		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom		Date de naissance	/ / (AAAA/MM/JJ)
Adresse			
Ville		Code postal	
Courriel		École fréquentée	
No Assurance maladie		Date d'expiration	
UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE DOIT ÊTRE ENVOYÉE AVEC CE FORMULAIRE			

2.PARENT(S) OU TUTEUR(S)			
Responsable de l'enfant : <input type="checkbox"/> Parent ou tuteur 1 <input type="checkbox"/> Parent ou tuteur 2			
PARENT OU TUTEUR 1		PARENT OU TUTEUR 2	
Nom de famille		Nom de famille	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse complète		Adresse complète	
Téléphone	Maison :	Téléphone	Maison :
	Travail :		Travail :
	Cellulaire :		Cellulaire :
Courriel		Courriel	
Droit de contact avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Droit de contact avec l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Garde de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Garde de l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3.CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS OU TUTEURS)			
CONTACT 1		CONTACT 2	
Nom de famille		Nom de famille	
Prénom		Prénom	
Lien avec l'enfant		Lien avec l'enfant	
Adresse complète		Adresse complète	
Téléphone	Maison :	Téléphone	Maison :
	Travail :		Travail :
	Cellulaire :		Cellulaire :

Vérifié par la personne responsable au Centre Viomax
Date : _____

INITIALES parent ou tuteur: _____

4. DIAGNOSTIC(S) ET BESOINS PARTICULIERS

<input type="checkbox"/> Déficience motrice	Précisez :
	Membre(s) atteint(s) :
	Depuis quand ? :
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Profonde
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	Précisez :
<input type="checkbox"/> Déficience sensorielle	Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble langage-parole	<input type="checkbox"/> Expression <input type="checkbox"/> Compréhension <input type="checkbox"/> Mixte Précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité <input type="checkbox"/> Sans hyperactivité
<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Trouble de l'attachement <input type="checkbox"/> TOC <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Autres, précisez :
<input type="checkbox"/> Trouble de comportement	<input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Remplir le formulaire associé
<input type="checkbox"/> Diabète	Remplir le formulaire associé
<input type="checkbox"/> Autre(s)	Précisez :

5. ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

<input type="checkbox"/> Le participant n'a aucune allergie connue			
<u>Type d'allergie</u>	<u>Allergène(s) et réaction</u>	<u>Sévérité</u>	<u>Interventions</u> <u>Précisez :</u>
<input type="checkbox"/> Médicament(s)		<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion <input type="checkbox"/> Allergie au contact	<input type="checkbox"/> Épipen
<input type="checkbox"/> Alimentaire		<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion <input type="checkbox"/> Allergie au contact	<input type="checkbox"/> Épipen
<input type="checkbox"/> Autre(s)		<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion <input type="checkbox"/> Allergie au contact	<input type="checkbox"/> Épipen

Vérifié par la personne responsable au Centre Viomax
Date : _____

INITIALES parent ou tuteur: _____

6. ÉTAT DE SANTÉ		
<i>Le participant présente-t-il de façon permanente ou régulièrement :</i>		<i>Si oui, précisez la nature, les interventions habituelles et les précautions à prendre</i>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Problème de peau	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Constipation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Nausée ou vomissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Fièvre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Mal des transports	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Maladie cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Saignement de nez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Toux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Maux de tête	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Haute pression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Basse pression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Maladie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Étourdissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Otitites fréquentes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Bronchite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

7. AIDES TECHNIQUES		
<i>Est-ce que le participant utilise les aides techniques suivantes ?</i>		<i>Si oui, précisez quand le participant doit le porter et la durée.</i>
Corset	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Orthèses tibiales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Orthèses poignets	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Orthèses bras	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Lunette	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Appareils auditifs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
Casque protecteur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Collet cervical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autre : précisez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

8. DÉPLACEMENTS					
COURTES DISTANCES (à l'intérieur)	Autonome	Supervision Être guidé	Aide partielle	Aide constante	Ne l'utilise pas
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussette adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur/marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne blanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chien guide/d'assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LONGUES DISTANCES (plus de 500 mètres de déplacements ou sorties)	Autonome	Supervision Être guidé	Aide partielle	Aide constante	Ne l'utilise pas
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussette adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béquilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déambulateur/marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canne blanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chien guide/d'assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : précisez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Est-ce que le participant est à risque de chute ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez les interventions habituelles afin d'éviter les chutes ou d'éventuelles blessures :</p>					
<p>Est-ce que le participant a des soutiens à utiliser uniquement pour le transport ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Exemple : un plastron pour le transport, un soutien au cou, etc.</p> <p>Si oui, précisez</p>					
<p>Est-ce que le participant peut être sorti de son fauteuil selon ses capacités pour participer à des activités ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Exemple : être mis au sol sur des tapis, marcher, etc.</p> <p>Précisez</p>					

9. TRANSFERTS

Quelle méthode le participant utilise-t-il afin de passer de son fauteuil à une chaise ou de son fauteuil à la toilette ou bien la table à langer ?

Le participant est autonome dans ses transferts	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :
Le participant nécessite une supervision ou une aide technique lors de ses transferts, mais les effectue de façon autonome. Exemple : le participant peut se transférer s'il est au même niveau ou bien se transfère avec une planche de transfert.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :
Le participant nécessite de l'aide d'une autre personne pour se transférer, mais est capable de participer au transfert.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez la technique utilisée : <input type="checkbox"/> Pivot (nécessite que le participant soit capable de soutenir une charge sur ses jambes) <input type="checkbox"/> Autre :
Le participant nécessite de l'aide pour se transférer et ne participe peu ou pas au transfert.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez la technique utilisée : <input type="checkbox"/> Transfert à une personne <input type="checkbox"/> Transfert à deux personnes <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Autre :

Si le participant utilise le lève-personne, nous vous demandons de fournir la toile de transfert

Veuillez décrire la méthode utilisée ou toutes informations qui pourraient rendre le transfert plus facile.

10. ACTIVITÉS AQUATIQUES

<input type="checkbox"/> Le participant ne peut pas participer à des activités en piscine.
<input type="checkbox"/> Le participant nage de façon autonome.
<input type="checkbox"/> Le participant nage de façon autonome mais nécessite une surveillance étroite.
<input type="checkbox"/> Le participant doit être jumelé en tout temps avec un membre du personnel dans l'eau.
<input type="checkbox"/> Le participant nécessite une aide à la flottaison. Veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage régulière <input type="checkbox"/> Veste de sauvetage adaptée (avec un grand soutien à la tête) <input type="checkbox"/> Ceinture hippocampe ou dauphin <input type="checkbox"/> Ballon dorsal <input type="checkbox"/> Flotteurs aux bras <input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Le participant doit porter des bouchons dans les oreilles

11. ALIMENTATION				
	Autonome	Supervision Être guidé	Aide partielle	Aide constante
S'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Texture des aliments</u> <input type="checkbox"/> Coupés en morceaux <input type="checkbox"/> Coupés en petit morceaux <input type="checkbox"/> Hachés <input type="checkbox"/> Purée <input type="checkbox"/> Purée lisse <input type="checkbox"/> Autre :		<u>Équipements ou outils</u> <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Assiette à rebord <input type="checkbox"/> Ustensiles adaptés <input type="checkbox"/> Tablier/Bavette <input type="checkbox"/> Napperon anti-dérapant <input type="checkbox"/> Autre :	
Ouvrir et fermer ses contenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper sa nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<u>Texture des liquides</u> <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Liquide texture nectar <input type="checkbox"/> Liquide texture miel <input type="checkbox"/> Liquide texture pudding <input type="checkbox"/> Autre :		<u>Équipements ou outils</u> <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Verre à bec <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Verre avec couvercle <input type="checkbox"/> Paille <input type="checkbox"/> Autre :	
Le participant à une diète spéciale Exemple kascher, végétarien, etc.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Le participant est nourri et/ou hydraté par sa gastrostomie Si oui, précisez :			
Décrivez l'aide spécifique que le participant nécessite pour les repas :				
Y a-t-il des informations importantes à savoir afin de faciliter le repas du participant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

12. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Autonome	Supervision Être guidé	Aide partielle	Aide constante
Mettre/Enlever son chandail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre/Enlever son pantalon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre/Enlever ses souliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attacher ses souliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se brosser les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver/Essuyer son corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver/Essuyer ses mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il d'autres informations que nous devons savoir pour ce qui est des activités de la vie quotidienne du participant ? Oui Non

Précisez :

13. ÉLIMINATION

Continence urinaire

- Contrôle total de sphincters
- Incontinence occasionnelle : On doit lui faire penser d'aller à la toilette
- Incontinence fréquente : On doit avoir un horaire de toilette afin d'éviter les accidents
- Horaire :
- Aucun contrôle des sphincters : porte des culottes d'incontinence
- Porte une sonde à demeure
- Utilise les cathétérismes
- Porte un condom urinaire

Continence fécale

- Contrôle total de sphincters
- Incontinence occasionnelle
- Incontinence fréquente
- Aucun contrôle des sphincters
- Porte une stomie

Équipements ou outils

- Toilette régulière
- toilette avec appui
- Chaise d'aisance
- Urinal
- Bassine
- Autre :

Produits pour l'incontinence

- N'en porte pas
- Porte un pad
- Porte une culotte de style Pull-Up
- Porte une culotte d'incontinence
- Autre :

- Le participant est en apprentissage de la propreté
- Horaire ou routine utilisée :

Y a-t-il d'autres informations à savoir pour ce qui est de l'élimination ?
Oui Non

14. COMPORTEMENTS		
<i>Comportement</i>	<i>Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à apparaître ?</i>	<i>Façon d'intervenir</i>
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres		
<input type="checkbox"/> Automutilation		
<input type="checkbox"/> Anxiété		
<input type="checkbox"/> Fugues		
<input type="checkbox"/> Autre :		
Le participant peut-il faire des crises de désorganisation ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<i>Si oui, quels sont les signes précurseurs ou les déclencheurs ?</i>	<i>Quelles sont les interventions efficaces à utiliser ?</i>
Le participant a-t-il des phobies et/ou des peurs ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles et comment intervenir à ce sujet ?	
Le participant est-il conscient des dangers ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, lequel ou lesquels ?	
Quels sont ses centres d'intérêts, passe-temps et loisirs ?		
Quels sont les meilleurs moyens pour l'encourager/le motiver à faire une activité ?		
Comment le participant se comporte lorsqu'il est en contact avec de nouvelles personnes ?		
Comment le participant se comporte avec les personnes en autorité sur lui ?		
Y a-t-il d'autres informations à savoir au sujet des comportements du participant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

15. COMMUNICATION

Langue parlée ou comprise par le participant

- Français
 Anglais
 Autre :

Outils ou moyens de communication utilisés

- Langue signée (précisez) :
 Tableau de communication
 Appareil de communication
 Tablette électronique (style Ipad)
 Pictogrammes
 PECS
 Autre :

Expression orale

- Parle
 Difficulté de langage mais exprime sa pensée
 Difficulté de langage mais communique ses besoins primaires
 Réponse par oui ou non
 Le participant se fait comprendre
 Le participant est non verbal

Décrivez la façon de communiquer du participant

Audition

- Entend bien des deux oreilles
 Lecture labiale
 Entends uniquement les bruits forts
 Surdité totale

Outils ou moyens pour favoriser l'audition

- Parler fort
 Parler face au participant
 Porte un appareil auditif
 Autre :

Compréhension

- Le participant a une bonne compréhension des consignes complexes
 Le participant a une bonne compréhension des consignes simples
 Le participant a une bonne mémoire
 Le participant est bien orienté

Y a-t-il d'autre information a savoir au sujet de la communication du participant ? Oui Non

17. FORMULAIRE SUR L'ÉPILEPSIE

LE PARTICIPANT N'EST PAS CONNU ÉPILEPTIQUE

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

Durée habituelle des crises		Fréquence des crises	
Quels sont les principaux déclencheurs connus des crises ?			
Quels sont les signes qui annoncent une crise chez le participant ?			
Veillez décrire une crise habituelle	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> Autre : Précisez :		
Que faites-vous habituellement pendant la crise ?			
Que faites-vous habituellement après la crise ?			
Date de la dernière crise			
À quel moment de la journée le participant fait-il ses crises ?	Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> À tout moment <input type="checkbox"/>		
Est-ce que le participant est porteur d'un stimulateur du nerf vague ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : Ou devons-nous passer l'aimant ? Comment devons-nous passer l'aimant ? À qu'elle fréquence devons-nous passer l'aimant ? Quel est le nombre de fois maximum ?		
Est-ce que le participant possède une médication d'urgence en cas de crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : Nom du médicament : _____ Dose : _____ Voie d'administration : _____ En présence de quel symptôme devons-nous administrer la médication ? : _____ Après combien de temps devons-nous administrer la médication ? : _____		
Précisez dans quel cas nous devons vous rejoindre concernant l'épilepsie du participant			
Après combien de temps voulez-vous que nous communiquions avec le 911 ?			
<p>Par la présente, j'autorise le personnel formé du centre Viomax à effectuer les soins requis en cas de crise d'épilepsie chez le participant. Ces derniers utiliseront le protocole du camp par défaut si je ne leur remets pas de protocole particulier pour le participant.</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>			

19. FORMULAIRE POUR LA MÉDICATION

LE PARTICIPANT NE PREND PAS DE MÉDICAMENT

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

Le participant est-il autonome dans la prise de ses médicaments Oui Non

Nom du médicament	Dose	Forme	Voie	Heure(s)	Comment le prend-t-il ?	Pour quelle raison le prend-t-il ?
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	

Je comprends que dans le but de prévenir les erreurs et les accidents, la médication du participant doit **OBLIGATOIREMENT** être préparée en format unidose sellée (DISPILL) préparé par le pharmacien. Je devrai aussi fournir l'entête du Dispill.

Je comprends que je devrai fournir tout le matériel nécessaire à l'administration de la médication (seringue, compote, etc.)

Je comprends que je devrai avertir la direction du Centre Viomax par écrit de tout changement concernant la médication du participant dans les plus brefs délais et fournir la nouvelle prescription.

J'autorise le personnel formé du Centre Viomax à distribuer la médication au participant selon les prescriptions fournies.

Signature : _____ Date : _____

20. FORMULAIRE POUR LA MÉDICAMENT AU BESOIN (PRN)

LE PARTICIPANT NE PREND PAS DE MÉDICAMENT AU BESOIN (PRN)

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

Nom du médicament	Dose	Forme	Voie	Heure(s)	Comment le prend-t-il ?	Pour quelle raison le prend-t-il ?
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	
Veuillez décrire très clairement en présence de quels signes et symptômes nous devons donner au participant cette médication au besoin						
		<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Sirop <input type="checkbox"/> Goute <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Avec de l'eau <input type="checkbox"/> Avec de la compote <input type="checkbox"/> Avec une seringue <input type="checkbox"/> Mélanger avec du jus <input type="checkbox"/> Autre :	
Veuillez décrire très clairement en présence de quels signes et symptômes nous devons donner au participant cette médication au besoin						
<p>Je comprends que dans le but de prévenir les erreurs et les accidents, la médication du participant doit OBLIGATOIREMENT être préparée en format unidose sellée (DISPILL) préparé par le pharmacien. Je devrai aussi fournir l'entête du Dispill.</p> <p>Je comprends que je devrai fournir tout le matériel nécessaire à l'administration de la médication (seringue, compote, etc.)</p> <p>Je comprends que je devrai avertir la direction du Centre Viomax par écrit de tout changement concernant la médication du participant dans les plus brefs délais et fournir la nouvelle prescription.</p> <p>J'autorise le personnel formé du Centre Viomax à distribuer la médication au participant selon les prescriptions fournies. Le personnel du Centre Viomax communiquera avec moi pour autoriser la prise de ce médicament préalablement à son administration.</p>						
Signature : _____ Date : _____						

21. FORMULAIRE POUR LES TRAITEMENTS

LE PARTICIPANT NA PAS BESOIN DE TRAITEMENT

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

Le participant est-il asthmatique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez Déclencheurs de crise d'asthme : Symptômes de crise d'asthme : Traitement de la crise : Pompe : _____ Dose : _____						
Le participant est-il à risque de plaie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez comment pouvons-nous éviter et le traitement recommandé						
Le participant a-t-il besoin d'oxygène ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez les informations suivantes : Nombre de litre : _____ Matériel utilisé : <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Lunette <input type="checkbox"/> Autre Quand en a-t-il de besoin ? _____						
Le participant a-t-il d'autre condition nécessitant un traitement spécial	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez les informations suivantes <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Condition</th> <th style="width: 50%;">Traitement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Condition	Traitement				
Condition	Traitement						

Je comprends que je devrai fournir tout le matériel nécessaire pour les traitements du participant.

Je comprends que je devrai fournir une pièce justificative (billet médical, plan de traitement) au Centre Viomax afin que le personnel formé puisse procéder aux traitements

J'autorise le personnel formé du Centre Viomax à effectuer les traitements sur le participant

Signature : _____ Date : _____

22. FORMULAIRE POUR LES TRAITEMENTS POUR L'ÉLIMINATION

LE PARTICIPANT N'A PAS DE TRAITEMENT POUR L'ÉLIMINATION

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

<p>Est-ce que le participant a besoin de cathétérismes vésicaux ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez les informations suivantes :</p> <p>Heures des cathétérismes : Est-ce que le participant les fait seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on lui faire penser ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on les faire pour lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Est-ce que le participant porte une sonde ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez les informations suivantes :</p> <p>Type de sonde : <input type="checkbox"/> Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Condom urinaire <input type="checkbox"/> Autre : Heures habituelles des vidanges de sonde : Est-ce que le participant les fait seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on lui faire penser ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on les faire pour lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Est-ce que le participant porte un sac de stomie</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez les informations suivantes :</p> <p>Heures habituelles des vidanges du sac : Est-ce que le participant les fait seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on lui faire penser ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on les faire pour lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À quelle fréquence la collerette est-elle changée ?</p>
<p>Le participant a besoin de toucher rectaux</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez les informations suivantes :</p> <p>Heures des touchers : Est-ce que le participant les fait seul : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on lui faire penser ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Doit-on les faire pour lui ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p>Autre :</p>	<p>Précisez :</p>
<p>Je comprends que je devrai fournir tout le matériel nécessaire pour les traitements du participant.</p> <p>Je comprends que je devrai fournir une pièce justificative (billet médical, plan de traitement) au Centre Viomax afin que le personnel formé puisse procéder aux traitements</p> <p>J'autorise le personnel formé du Centre Viomax à effectuer les traitements sur le participant</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>	

23. FORMULAIRE POUR LES BESOINS LORS DU SOMMEIL

LE PARTICIPANT N'A PAS DE BESOIN POUR LE SOMMEIL

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

Le participant a l'habitude de faire une sieste le jour	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez l'heure habituelle et la durée :
Le participant a besoin d'un appareil respiratoire lors du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Autre : Est-il autonome dans l'installation de l'appareil ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Est-il autonome dans l'utilisation de l'appareil ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans quelle position le participant doit-il être couché ?	<input type="checkbox"/> Sur le dos <input type="checkbox"/> Sur le ventre <input type="checkbox"/> Sur le côté droit <input type="checkbox"/> Sur le côté gauche <input type="checkbox"/> Il est autonome dans son positionnement <input type="checkbox"/> Autre :
Le participant a-t-il d'autre besoin la nuit ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez <input type="checkbox"/> Oreiller : <input type="checkbox"/> Doudou, toutou ou autre : <input type="checkbox"/> Coussin spécial : <input type="checkbox"/> Bord de lit : <input type="checkbox"/> Matelas au sol : <input type="checkbox"/> Autre :
Signature : _____ Date : _____	

24. FORMULAIRE POUR LES GAVAGES

LE PARTICIPANT N'EST PAS NOURRI PAR GAVAGE

Veillez signer ce formulaire et passez directement au formulaire suivant

Le participant est-il autonome dans l'administration de son gavage ? Oui Non

Nom du produit d'alimentation	Quantité	Vitesse	Méthode utilisée	Heure(s)	Quantité d'eau avant le gavage	Quantité d'eau après le gavage
			<input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Autre :			
			<input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Autre :			

Le participant doit-il être hydraté en dehors de ses heures de gavage

Oui Non

Si oui, complétez les informations suivantes

Heure	Quantité	Méthode utilisée
		<input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Pompe <input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Autre :

Doit-on retourner le matériel à la maison après chacune des journées d'activités ?

Oui Non

Si oui, précisez

Type et marque du bouton de gavage utilisé

Combien de temps doit-on attendre avant de mobiliser le participant après le gavage ?

Autres précisions concernant le gavage du participant :

Je comprends que si un mélange de lait est requis, celui-ci doit être fait à la maison dans le but de prévenir les erreurs et les accidents.

Je comprends que je devrai fournir tout le matériel (seringues, tubulures, sacs, pompes, lait, etc) nécessaire à l'hydratation et à l'alimentation du participant. Je comprends aussi que je devrai aussi envoyé un exemplaire de tout ce qui est nécessaire (sauf la pompe) afin que le Centre Viomax le garde en réserve au nom du participant en cas de besoin.

Je devrai fournir le plan d'alimentation entérale fournis par le nutritionniste ou le médecin du participant.

J'autorise le personnel formé par le Centre Viomax à administrer le gavage selon le plan d'alimentation entérale du participant.

Signature : _____ Date : _____

Vérifié par la personne responsable au Centre Viomax
Date : _____

INITIALES parent ou tuteur: _____

25. FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LES DÉPARTS

Afin d'assurer la sécurité de tous les participants et d'éviter toutes situations désagréables lors des départs, nous vous demandons de nous fournir le nom et le numéro de téléphone des personnes autorisées à venir chercher le participant lors de ces activités avec le Centre Viomax.

Si une personne se présente et n'est pas inscrite sur cette feuille, nous tenterons de communiquer avec vous. Si nous ne réussissons pas à vous rejoindre, cette personne ne pourra quitter avec le participant.

Personnes autorisées à quitter avec le participant

Nom de la personne	Téléphone	Lien avec le participant

Transport adapté

Le participant est membre du transport adapté Oui Non

Numéro de dossier :

Le participant a-t-il droit à un accompagnateur dans le transport adapté ? Oui Non

STM STL RTL SURF Autre :

Le participant utilisera le transport adapté pour aller et/ou quitter les activités Oui Non

Par la présente, j'autorise le participant à quitter les activités du Centre Viomax uniquement avec la ou les personnes mentionnées ci-haut.

Signature : _____ Date : _____

26. AUTORISATIONS DIVERSES*Autorisation activités hors site*

J'autorise Le Centre Viomax et ses représentants (employés) à transporter le participant pour des activités hors du lieu principal de l'activité mais dans un rayon de cinq kilomètres du lieu de l'activité. Ces déplacements peuvent se faire à pied ou en transport en commun.

Oui Non Initiales d'un parent/Tuteur : _____

Autorisation déplacements en autobus

J'autorise Le Centre Viomax et ses représentants (employés) à transporter le participant en autobus afin de se rendre à des activités ou des sorties à l'extérieur de son lieu d'activité. Ces sorties devront aussi faire l'objet d'une autorisation préalable du parent ou tuteur du participant.

Oui Non

Est-ce que le participant peut être transféré sur un banc d'autobus régulier ? Oui Non

Initiales d'un parent/Tuteur : _____

Autorisation application de la crème solaire/chasse moustique

J'autorise Le Centre Viomax et ses représentants (employés) à appliquer la crème solaire et le chasse-moustique sur le participant. La crème solaire et le chasse-moustique sont appliqués toutes les 30 minutes lors de l'exposition au soleil. Le participant doit avoir en sa possession sa crème solaire et son chasse-moustique.

Oui Non

Advenant un oubli et dans le but de ne pas priver le participant d'une activité à l'extérieur, Le Centre Viomax et ses représentants (employés) peuvent-ils appliquer de la crème solaire et du chasse-moustique disponible pour dépannage. Oui Non

Initiales d'un parent/Tuteur : _____

Autorisation atelier culinaire

Le participant peut consommer la nourriture qu'il aura préparée lors des ateliers culinaire. Cette nourriture sera préparée avec des ingrédients qui respecteront les allergies et les restrictions alimentaires de tous les participants.

Oui Non

Initiales d'un parent/Tuteur : _____

Autorisation utilisation matériel audio-visuel

J'autorise le Centre Viomax à utiliser pour de futures publications faites par et pour le Centre Viomax ou ses partenaires, toutes photographies ou vidéos prise du participant.

Oui Non

Condition(s) :

Initiales d'un parent/Tuteur : _____

27. CONSENTEMENT AUX SOINS D'URGENCE

Par la présente, je confirme être le représentant légal de (nom et prénom du participant) _____ . En tant que représentant, j'accepte et je consens aux soins qui pourraient être prodigués aux participants à la suite d'une blessure.

Je comprends que ces soins peuvent être prodigués par tout employé du Centre Viomax qui détient une formation en premiers soins et qui sont au préalable formé par le Centre Viomax et ses partenaires.

Je consens aussi à ce que le participant soit transporté en ambulance si, au jugement d'un employé du Centre Viomax, un tel transport semble nécessaire. Je m'engage aussi à payer les frais du transport et je ne pourrai demander au Centre Viomax de défrayer ces coûts.

Je comprends aussi que les soins qui pourraient être prodigués au participant ne sont pas effectués par des professionnels de la santé. Il est de ma responsabilité, dans le doute, de consulter un médecin ou tout autre professionnel de la santé.

Nom et prénom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

En date du : _____

28. RENSEIGNEMENTS POUR LES RELEVÉS 24

Afin de recevoir un relevé 24 pour recevoir le crédit d'impôt pour les frais de garde d'enfant, veuillez remplir les informations suivantes :

Le RELEVÉ 24 doit être fait au nom du payeur suivant :

Nom :

Prénom :

Numéro d'assurance sociale :

Adresse :

Ville :

Code postal :

29. ATTESTATION DES PARENTS/TUTEURS

Par la présente, j'atteste que toutes les informations inscrites dans ce formulaire représente le véritable portrait de :

Prénom et nom du participant

Je comprends aussi qu'une fausse déclaration ou une omission volontaire peut être une raison de renvoi du participant.

Je comprends aussi qu'advenant le cas où il y aurait un changement quel qu'il soit, je devrai envoyer par écrit une demande de modification à ce questionnaire et qu'un nouveau questionnaire rempli peut m'être demandé en tout temps.

Nom et prénom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

En date du : _____