Centre de Réadaptation Marie Enfant

CHU Sainte-Justine

Université de Montréal

HSJ-0000

HSJ-0000

Ne rien inscrire dans cette section

CUEILLETTE DE DONNÉES / Répit

1. Identification de l'usager

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ *Sexe : Féminin □ Masculin □*

RAMQ : _____ *Langue d'usage : Français □ Anglais □ Autre □*

Garde légale (fournir une copie du jugement) : Parents □ Père □ Mère □ DPJ □

Milieu de vie actuel : Naturel □ Hôpital □ RI □ RTF □ Autre

2. Identification de la famille et milieu de vie de l'usager

Nom, prénom de la mère : _____

- *Adresse, ville, code postal :* _____
- *Coordonnées téléphoniques :* _____ *Maison □ Cellulaire □*
- *Courriel :* _____
- *Langue :* _____
- *Besoin d'interprète : Oui □ Non □*

Nom, prénom du père : _____

- *Adresse, ville, code postal : (uniquement si différente de celle la mère):*

  _____
- *Coordonnées téléphoniques :* _____ *Maison □ Cellulaire □*
- *Courriel :* _____
- *Langue :* _____
- *Besoin d'interprète : Oui □ Non □*

Nom, prénom du répondant de la RTF/RI : _____

- *Adresse, ville, code postal :* _____
- *Coordonnées téléphoniques :* _____ *Maison □ Cellulaire □*
- *Courriel :* _____
- *Langue :* _____
- *Besoin d'interprète : □ Oui □ Non*

Nom, prénom de l'intervenant impliqué à la DPJ : _____

- *Coordonnées téléphoniques :* _____ *Bureau □ Cellulaire □*
- *Courriel :* _____
- *Mesures d'interdits / restrictions de contact : Oui □ Non □ Documents légaux joint : Oui □ Non □*

Détails : *:*

_____

_____

Personne autorisée (légalement) à la prise de décision médicale (fournir une copie du jugement) : Parents □ Père □ Mère □ DPJ □ Autre □ (information à fournir à l'unité).

3. Autres contacts d'urgences

Nom, prénom de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

Lien : _____ *Cellulaire :* _____

Nom, prénom de la personne à contacter en cas d'urgence : _____

Lien : _____ *Cellulaire :* _____

- *Langue :* _____
- *Besoin d'interprète : □ Oui □ Non*

4. Motif de la demande

Justification de la demande:

_____

_____

_____

_____

_____

Nom, prénom: _____

Dossier: _____

5. Renseignements médicaux et professionnels de l'usager

Diagnostic principal: _____

Conditions associées :

- *GMFCS : Niveau 1* ☐ *Niveau 2* ☐ *Niveau 3* ☐ *Niveau 4* ☐ *Niveau 5* ☐
- *Retard global de développement* ☐ *Trouble du spectre de l'autisme* ☐
- *Déficience intellectuelle* ☐ *Légère* ☐ *Modérée* ☐ *Profonde* ☐ *Indéterminée* ☐
- *Cécité* ☐ *Dysphagie* ☐
- *Surdité* ☐ *Asthme* ☐
- *Troubles graves de comportement ou autres conditions particulières* ☐
- *Besoin de surveillance spécifique : Oui* □ *Non* □ _____
- *Épilepsie* ☐
  - ❖ *Manifestation(s) observées lors des crises :*
    Tonico-cloniques □ *Révulsion des yeux* □
    Autres □ *: (Description)* _____
  - ❖ *Fréquence :* _____
  - ❖ *Durée :* _____
  - ❖ *Protocole : Oui* ☐ *Non* □
  - ❖ *Post-ictal : Oui* □ *Non* □ *Durée approximative :* _____

Autres diagnostics / conditions / précisions (autres que celles mentionnées ci-haut) :

_____

_____

6. Mobilité / Transferts / Aides techniques

- *Marche : Seul* □ *Avec aide* □
- *Transferts : Seul* □ *Avec de l'aide* □ *Avec un lève-personne* □
- *Monter et descendre les escaliers : Oui* □ *Non* □ *Aide requise* □
- *Fauteuil roulant : Manuel* □ *Motorisé* □ *Aucun* □ *Marchette* □ *PASD* □
- *Utilisation du fauteuil de façon autonome : Oui* □ *Non* □ *Orthèses : Oui* □ *Non* □
- *Utilisation du fauteuil de façon sécuritaire : Oui* □ *Nécessite supervision* □ *Non* □

7. Niveau de soins

Quel est le niveau de soins du patient (si connu)? Selon INESSS :

Niveau A ☐ *Niveau B* ☐ *Niveau C* ☐ *Niveau D* ☐

SVP joindre la lettre / document concernant le niveau de soins :

Lettre jointe : Oui ☐ *Non* ☐ *Quanum* ☐

8. Portrait social

Situation et dynamique familiale actuelle: _____

_____

_____

Autre(s) service(s) de répit utilisé : _____

Toute(s) autre(s) information(s) jugée(s) pertinente(s) à nous transmettre : _____

_____

_____

9. Informations relatives au référent

Prénom et nom du référent : _____

Titre du référent : _____

Endroit du lieu de pratique : _____

Numéro de téléphone du référent : _____ *Bureau* ☐ *Cellulaire* ☐

Adresse courriel du référent : _____

10. Consentement

☐ *Le jeune et sa famille ont été informés et consentent à la transmission des informations contenues dans la présente demande.*

☐ *Les informations essentielles liées à la sécurité et aux soins requis par la condition de santé et aux différents besoins de l'enfant sont consignées dans la cueillette de données et ont été validées avec les parents.*

☐ *La famille est informée qu'une référence au service social est automatiquement effectuée lors de l'admission de leur enfant.*

*Signature du référent :*_____ *Date :* _____