



HSJ-0896



CUEILLETTE DE DONNÉES / HÉBERGEMENT / RÉPIT

- pour la clientèle de l'Unité hébergement-répit
 pour le Programme des ressources résidentielles

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Référence

Motif de la demande : Hébergement Répît Dépannage

L'utilisateur a-t-il un diagnostic ou syndrome à la déficience intellectuelle ? Oui Non

L'utilisateur a-t-il un reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ? Oui Non

L'utilisateur a-t-il une déficience sensorielle ? Cécité Dysphagie Surdité

L'utilisateur a-t-il un problème de trouble de comportement, de toxicomanie ou d'alcoolisme, si oui, décrivez :

- CH
 Famille d'accueil ou R.I.
 Domicile

Nom de l'établissement ou
famille d'accueil

n  dossier

Nom de l'intervenant r f rent

Téléphone

Poste

Informations relatives à l'utilisateur

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

_____/_____/_____
Date de naissance

Sexe : M F

RAMQ

Diagnostic : _____

Problèmes associés : _____

Langue d'usage : Français Anglais LSQ Autres : _____



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Nationalité _____

Religion _____

Est-il pratiquant ? Oui Non_____
Initiales École

Niveau _____

Nom de l'école _____

 Garderie

Nom de la garderie _____

Inscrit au transport adapté

 Oui Non

n° dossier du transport adapté _____

Identification des parents ou substitut**Garde légale**

Nom de la mère _____

Nom du père _____

Adresse _____

Adresse _____

Ville _____

Code postale _____

Téléphone _____

Ville _____

Code postale _____

Téléphone _____

Fratrie :

Nom _____

Âge _____

Nom _____

Âge _____

Nom _____

Âge _____

Nom _____

Âge _____

Nom de la famille d'accueil

Adresse _____

Ville _____

Code postale _____

Téléphone _____

En cas d'urgence, deux personnes autres que les parents/tuteurs :

Nom _____

Lien avec l'utilisateur _____

Numéro de téléphone _____

Nom _____

Lien avec l'utilisateur _____

Numéro de téléphone _____

Informations fournies par :

 Mère Famille d'accueil Père Autre _____

Données recueillies par : _____

(en caractères d'imprimerie)

Signature de l'intervenant(e) _____

JJ / MM / AAAA

Date _____

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies médicamenteuses :

Allergies autres que médicamenteuses

Épipen oui non L'a-t-il en sa possession ? oui non

Date d'expiration : JJ / MM / AAAA

Intolérance _____

Résumé de dossier médical de l'hôpital acheminé au CRME (obligatoire) Oui

Poids _____ Taille : _____ Date de la dernière prise de poids : JJ / MM / AAAA

	ERV	SARM	C difficile	Autre
L'utilisateur es-il connu porteur des bactéries suivantes ? :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____

L'utilisateur a-t-il déjà eu des maladies contagieuses ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lesquelles : _____ _____
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------

L'utilisateur a-t-il été en contact durant les 3 dernières semaines avec des personnes souffrant de maladies contagieuses ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui lesquelles : _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	---------------------------

Carnet de santé remis par les parents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Vaccination influenza annuelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------------------------------

Autres vaccins reçus : _____

Vaccination à jour selon âge :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prochain rappel : Date	<u> JJ / MM / AAAA </u>
		Date	<u> JJ / MM / AAAA </u>
		Date	<u> JJ / MM / AAAA </u>

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Fait-il des crises convulsives (épilepsie) ? oui non Si oui, expliquez :

Manifestations : _____

Fréquence : _____

L'utilisateur présente-t-il les symptômes suivants ? :	Diarrhée :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> à risque
	Éruptions cutanées :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> à risque
	Infection des voies respiratoires supérieures :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> à risque
	Température :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> à risque
	Des otites :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> à risque

Prend-il (elle) des médicaments ? : oui non Si oui, joindre le profil pharmacologique

Précisez tout problème particulier relié à la prise de médicaments, les modalités et l'aide requise :

Nom de la pharmacie : _____ **Téléphone :** _____

Coordonnées : _____

Médecin de famille : _____ **Téléphone :** _____

Coordonnées : _____

Nom des médecins spécialistes	Spécialité	Centre hospitalier	Prochain rendez-vous
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

SUIVIS DE RÉADAPTATION

Spécialité / Discipline	Nom / Lieu	Conclusion / Analyse	Éval.	Suivi	Date (AAAA-MM-JJ)
Audiologie	_____	_____	_____	_____	_____
Éducation spécialisée	_____	_____	_____	_____	_____
Ergothérapie	_____	_____	_____	_____	_____
Orthophonie	_____	_____	_____	_____	_____
Physiothérapie	_____	_____	_____	_____	_____
Psychoéducation	_____	_____	_____	_____	_____
Psychologie	_____	_____	_____	_____	_____
Service social	_____	_____	_____	_____	_____
Évaluation inter/ multidisciplinaire	_____	_____	_____	_____	_____
Clinique de développement	_____	_____	_____	_____	_____

Date dernière Hospitalisation	Motif	Nom du médecin	Spécialité	Centre hospitalier
JJ / MM / AAAA	_____	_____	_____	_____
JJ / MM / AAAA	_____	_____	_____	_____
JJ / MM / AAAA	_____	_____	_____	_____

Décrivez les signes ou symptômes lors d'une détérioration et/ou décompensation de l'état de l'enfant :

Comment votre enfant manifeste sa douleur ou l'inconfort ?

Fréquence : _____

Moyens pour le soulager : _____

Échelle Douleur Enfant San Salvador (à compléter et doit accompagner la cueillette de données)



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Échelle complétée et acheminée au CRME ? Oui Non

Avez-vous déjà discuté de réanimation cardiorespiratoire ? Oui Non N'a pas été abordé

Si oui, décision des parents : _____

Y a-t-il un document de détermination de niveau de soins ? _____

Date de la dernière mise à jour : _____

_____ *Initiales*

ÉCHELLE DOULEUR ENFANT SAN SALVADOR – DOSSIER DE BASE

Nom _____ Prénom : _____ Date : / / /

Cette rubrique doit être remplie pour chaque patient, en dehors de tout phénomène douloureux

- 1 L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? _____ Si oui, dans quelles circonstances : _____

- Pleure-t-il parfois ? _____ Si oui, pour quelles raisons ? _____

- 2 Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ? _____ Si oui, lesquelles (**sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement**) ? _____

- 3 L'enfant est-il habituellement souriant ? _____
Son visage est-il expressif ? _____
- 4 Est-il capable de se protéger avec les mains ? _____ Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ? _____

- 5 S'exprime-t-il par des gémissements ? _____ Si oui, dans quelles circonstances ? _____

- 6 S'intéresse-t-il à l'environnement ? _____ Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ? _____

- 7 Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ? _____ Si oui, dans quelles circonstances ? (**donner des exemples**)

- 8 Est-ce qu'il communique avec l'adulte ? _____ Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ? _____

- 9 A-t-il une motricité spontanée ? _____ Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ? _____



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Si oui, s'agit-il de mouvements occasionnels ou d'une agitation incessante ? _____

10 Quelle est sa position de confort habituelle ? _____

Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ? _____

Est-il asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
A-t-il besoin d'aspiration ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, mode : _____
Nécessite-t-il de l'oxygène ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, quantité : _____ Période : _____
Du clapping ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, fréquence : _____
De l'aérosolthérapie ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, régulière : _____ Au besoin : _____
Utilisation de la saturométrie ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, quand ? _____ Saturation visée : _____

Utilisation d'un moniteur d'apnée ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, quand ? _____
Paramètre d'alarmes :	Apnée :	_____	Saturomètre :	_____	
	♥ High :	_____	♥ Low :	_____	
Utilisation de la ventilation assistée ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui : B-Pap _____ C-Pap : _____ V-Pap _____ LTV : _____
Est-il porteur d'une trachéostomie ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Si oui, calibre : _____
	Canule interne :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
	Dernier changement de la canule :	_____			
	Fréquence du changement de la canule :	_____			

Commentaires : _____

Données recueillies par : _____
(en caractères d'imprimerie)

Signature de l'intervenant(e) _____ Date _____

Initiale



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

3. HABITUDES DE VIE

Motricité globale et déplacements

Est-il ? Droitier Gaucher

Marche-t-il ? Oui Si oui : Seul _____
 Non Avec de l'aide _____
 Avec une marchette _____
 Port du casque _____

Est-il à risque de chute ? Oui Non

Précisez : _____

Possède-t-il un fauteuil roulant ? Oui Non manuel motorisé
Utilise-t-il son fauteuil de façon autonome : Oui Non
Utilise-t-il son fauteuil de façon sécuritaire : Oui Non

Précisez : _____

Fait-il ses transferts ? Seul
 Avec de l'aide
 Avec un lève-personne → A-t-il sa toile ? Oui Non

Précisez : _____

Est-ce qu'il monte et descend les escaliers ? Seul
 Avec de l'aide
 Pas du tout

Précisez : _____

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

A-t-il des orthèses ?

- Oui
 Non

- Mains
 Tibiales
 De nuit
 Autres

Précisez _____

Appareils spécialisés :

- Oui
 Non

- Corset (cervical ou thoracique)
 Planche à station debout
 Marchette mini-walk
 Autres Particularités : _____

Précisez _____

Est-ce que l'enfant présente une condition médicale ostéo-articulaire ? Oui Non

Si oui, nécessite t-il des précautions ou des manœuvres particulières ? Oui Non

Si oui, quelles sont-elles ?

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Alimentation

Son appétit est-il ? Bon Variable Pauvre

Temps requis : _____

S'alimente-t-il ? Seul Avec de l'aide Dépendant

Rien par la bouche

Nécessite-t-il de la stimulation Oui Non

A-t-il des problèmes de dysphagie ? Oui Non

A-t-il des reflux ? Oui Non

Y a-t-il risques d'étouffements ? Oui Non

Par voie orale	Par gavage																									
<p>Diète :</p> <p><input type="checkbox"/> Normale en morceaux</p> <p><input type="checkbox"/> Purée lisse</p> <p><input type="checkbox"/> Hachée</p> <p><input type="checkbox"/> autres</p> <p>Absorption des liquides :</p> <p>Boit-il seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>De quelle façon ? <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Verre</p> <p><input type="checkbox"/> Verre à bec <input type="checkbox"/> Paille</p> <p>Consistance des liquides : <input type="checkbox"/> Claire</p> <p><input type="checkbox"/> Épaisse</p> <p><input type="checkbox"/> Semi-épaisse (nectar)</p> <p>Nécessite-t-il un positionnement spécial ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez : _____</p> <p>A-t-il une diète spéciale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Type de diète : _____</p> <p>Ce qu'il aime : _____</p> <p>Ce qu'il n'aime pas : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Gastro-jéjunostomie</p> <p><input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> Tube nasogastrique</p> <p>Si boutonnière :</p> <p><input type="checkbox"/> Mickey</p> <p><input type="checkbox"/> Bard</p> <p>Mode de la boutonnière : <input type="checkbox"/> Entristar</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p>Calibre de la boutonnière : Fr : _____</p> <p>Cm : _____</p> <p>Date du dernier changement : _____</p> <p>Si tube nasogastrique :</p> <p>Calibre du tube : _____ Fr. _____</p> <p>Date du dernier changement : _____</p> <p>Fréquence de changement du tube : _____</p> <p>Solution de gavage : _____</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">heures</th> <th style="width:15%;">Qte lait</th> <th style="width:15%;">Qte eau</th> <th style="width:15%;">Débit</th> <th style="width:15%;">Rinçage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> <td>_____ ml</td> </tr> </tbody> </table>	heures	Qte lait	Qte eau	Débit	Rinçage	_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
heures	Qte lait	Qte eau	Débit	Rinçage																						
_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml																						
_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml																						
_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml																						
_____	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml																						
<p>Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez : _____</p> <p>Intolérance alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																										

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Hygiène et propreté

Se lave-t-il ? Seul Avec de l'aide Sous supervision Dépendant

Soins de peau particuliers : _____

Produits d'hygiène particuliers : _____

Équipement spécialisé pour le bain : Chaise Aquatek Matelas de confort
 Planche / civière de transfert Autre

S'habille-t-il ? Seul Avec de l'aide Sous supervision Dépendant
Précisez : _____

Va-t-il à la toilette ? Oui Non Sous supervision
Horaire : _____
Précisez : _____

A-t-il des problèmes de constipation ? Oui Non
 Médication Protocole

Porte-t-il des couches ? Oui Non Nom du produit : _____
 Jour Nuit Grandeur : _____

Requiert-il des cathétérismes vésicaux? Oui Non
Si oui, les fait-il : Seul Avec de l'aide Sous supervision Dépendant

Fréquence : _____

Calibre fr : _____

Précisez : _____

Est-il porteur d'une colostomie ? Oui Non Modèle du sac collecteur : _____
Grandeur du sac collecteur : _____

Horaire de vidange : _____
Précisez : _____

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Nécessite-t-il des soins de plaies ?

Oui Non

Site : _____

Type de pansement : _____

Fréquence de changement : _____

Est-il à risque d'avoir des plaies ?

Oui Non

Précisez : _____

Menstruations ?

Oui Non

Particularités : _____

Les parents s'occupent-ils de l'entretien des vêtements ?

Oui Non

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Communication

Peut-il communiquer oralement ? Oui Non

Précisez comment il communique ses besoins (moyens / mode de communication) :

Humeur et comportement habituels :

Informations complémentaires :

Guide d'accueil remis aux parents Oui Non

Consignes du répit remises aux parents Oui Non

Informations données aux parents concernant la médication requise pour le répit Oui Non

Visite de l'unité Oui Non

Données recueillies par :

(en caractères d'imprimerie)

Signature de l'intervenant(e)

Date

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

4. DONNÉES PSYCHOSOCIALES

Motif de la demande

Situation familiale actuelle

Durée prévue de l'hébergement, répit ou dépannage

Les parents désirent-ils sortir l'enfant à domicile à l'occasion ? Oui Non

L'enfant est-il suivi par la DPJ ? Oui Non

Particularités : _____

Initiales



HSJ-0896

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Qui est autorisé à sortir l'enfant ? Père Mère Famille d'accueil Autre

Particularités : _____

Informations fournies par : Mère Père Famille d'accueil Autre

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

Oui Non

Données recueillies par :

(en caractères d'imprimeries)

Signature de l'intervenant(e)

Date

Données vérifiées au CRME par :

(en caractères d'imprimeries)

Signature de l'intervenant(e)

Date

Initiales