



Centre de
Réadaptation
Marie-Enfant

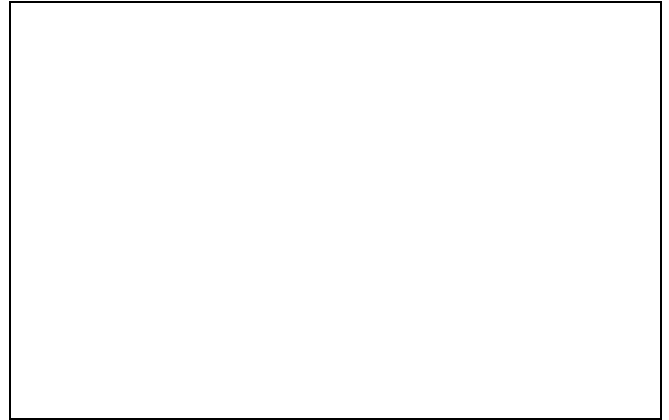
CHU Sainte-Justine



HSJ-0000

HSJ-0000

Ne rien inscrire
dans cette section



CUEILLETTE DE DONNÉES / Hébergement et Répit

Service demandé : Hébergement **OU** Répit

1. Informations relatives à l'utilisateur et au référent

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

Attributs liés à la prise de décision médicale (*fournir une copie du jugement) : Parents Père Mère DPJ

Milieu de vie actuel : Naturel Hôpital RI RTF

Fréquentation : Garderie École : _____

Prénom et nom du référent : _____

Titre du référent : _____

Endroit du lieu de pratique : _____

Numéro de téléphone du référent : _____

Adresse courriel du référent : _____

2. Identification de la famille

Nom, prénom de la mère : _____

- Adresse, ville, code postal : _____
- Coordonnées téléphoniques (maison): _____ Cellulaire : _____
- Courriel : _____

Nom, prénom du père : _____

- Adresse, ville, code postal : _____
- Coordonnées téléphoniques (maison): _____ Cellulaire : _____
- Courriel : _____

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

- Adresse, ville, code postal : _____
- Coordonnées téléphoniques (maison): _____ Cellulaire : _____
- Courriel : _____

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

- Coordonnées téléphoniques : _____
- Courriel : _____

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 : _____

HSJ-0000

HSJ-0000

Nom, prénom: _____

Dossier: _____

3. Informations relatives aux démarches entreprises

Avant d'envisager une demande d'hébergement au Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME), il est essentiel que l'intervenant ait préalablement exploré et épuisé toutes les options d'hébergement disponibles au sein des ressources de son CISSS ou CIUSSS.

Cela inclut notamment :

- Les ressources intermédiaires (RI)
- Les ressources de type familial (RTF)
- Toute autre ressource d'hébergement adaptée aux besoins de l'utilisateur dans le réseau local

Toutes les démarches entreprises doivent être clairement documentées dans la section ci-dessous. Merci de joindre à la collecte de données, par courriel, toute lettre de refus ou tout autre document pertinent démontrant que les options disponibles ont été dûment considérées.

Veillez noter que toute demande ne comportant pas la preuve que ces avenues ont été explorées et épuisées sera automatiquement refusée.

Option explorée : _____

Raison du refus : _____

Option explorée : _____

Raison du refus : _____

Option explorée : _____

Raison du refus : _____

Option explorée : _____

Raison du refus : _____

4. Renseignements généraux

Diagnostic principal : _____

Diagnostics et conditions associés : _____

Présence d'une ou de plusieurs de ces conditions :

- Retard global de développement Trouble du spectre de l'autisme
- Déficience intellectuelle Niveau : _____
- Cécité Dysphagie
- Surdité Asthme
- Chute dans la dernière année
- Troubles graves de comportement, un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie
-  pilepsie
 - ❖ Manifestation(s) : _____
 - ❖ Fréquence et durée : _____
 - ❖ Protocole : Oui Non

Veillez identifier les soins (d l gables et non d l gables) selon les règles de soins nationales du MSSS. Pour chaque soin, cochez s'il est d l gable ou non d l gable. Si le soin est non d l gable, veuillez expliquer la raison (*ex: risques associés, expertise clinique, absence de formation du personnel, etc.*).

Soins	D�l�gable	Non d�l�gable	Raison (si non d�l�gable)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Système musculosquelettique

- Marche : Seul Avec de l'aide Avec une marchette Non
- Monter et descendre les escaliers : Oui Avec de l'aide Non
- Fauteuil roulant : Manuel Motorisé Non
 - ❖ Utilisation du fauteuil de façon autonome : Oui Non
 - ❖ Utilisation du fauteuil de façon sécuritaire : Oui Nécessite supervision Non
- Transferts : Seul Avec de l'aide Avec un lève-personne

5. Portrait social

Motif de la demande : _____

Situation et dynamique familiale actuelle: _____

Mesure d'interdit de contact : Oui Non Détails : _____

Langue : _____

Mesure de restriction de contact : Oui Non Détails : _____

Besoin d'interprète : Oui Non

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

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

6. 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.
- Le dossier médical de l'utilisateur (pour tout suivi médical réalisé hors du CHU Sainte-Justine ou du Centre de réadaptation Marie-Enfant) est joint à la présente demande.
- La famille est informée qu'une référence au service social est automatiquement effectuée lors de l'admission de leur enfant.

Signature du référent : _____ Date : _____