

1. Information générale

Nom Date de naissance

Prénom Homme Femme

La résidence actuelle Parent Famille d'accueil R.I. RTF CHSLD Autre

Adresse Appartement

Ville Province Code postal

Téléphone

Courriel

Nom et prénom du 1^{er} parent

Tél. maison Tél. bureau Cellulaire

Nom et prénom du 2^e parent

Tél. maison Tél. bureau Cellulaire

Personnes ressources à contacter pour informations ou urgences autres que les 2 parents mentionnés ci-haut.

1^{ère} personne Lien Téléphone

2^e personne Lien Téléphone

3^e personne Lien Téléphone

Est-ce une première expérience en répit Non Oui

Aux fins de promotions, acceptez-vous que le Grand Village utilise des photographies ou des images vidéos du campeur lors de son séjour? (Le Grand Village assure un suivi de la production afin que les documents respectent l'intimité et la dignité de l'individu.) Non Oui

Prénom et nom de l'intervenant(e) / trav. social(e) Téléphone

Référence (ex: CRDI, CUISSS...)

Ratio animateur / campeur 1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3

Il/elle vit avec DI DP Poly-handicap TSA

2. Autonomie

Il/elle peut participer à la baignade Non Oui Il/elle peut faire du trampoline* Non Oui
Il/elle a besoin d'une veste de flottaison Non Oui Il/elle peut faire de l'équitation* Non Oui

* Les séances d'équitation et de trampoline sont adaptées à toutes nos clientèles. Le Grand Village possède l'équipement et le personnel pour que le déroulement soit sécuritaire et amusant.

Alimentation (autonomie) Seul(e) Avec aide On doit le(la) nourrir

Il/elle a besoin d'aide technique à l'alimentation Non Oui

Ex: rebord d'assiette, anti-dérappant, cuillère adaptée, gobelet, plateau surélevé... Mentionnez-les tous.

Si oui, lesquels

Alimentation (particularité) Normale Coupé Coupé finement
 Purée texturée Purée lisse Gavage

Les liquides doivent être épaissis Non Oui

Diète particulière Non Oui
Ex: sans sucre, faible en protéine...

Si oui, expliquez

Sa compréhension est Excellente Suffisante Moyenne Faible

Il/elle s'exprime Normalement Avec difficulté Peu Par geste
 Ne s'exprime pas Pictogramme Tableau de communication

Il/elle exprime ses besoins Toujours À l'occasion Jamais

Il/elle se déplace Seul(e) Fauteuil manuel Marche accompagné(e)
 Canne ou béquille Fauteuil électrique Marchette ou déambulateur

Il/elle se transfert Seul(e) Avec aide À 2 pers. Lève-personne

Il/elle porte Orthèse Prothèse Lunettes Dentier

Son audition est Excellente Faible Appareil auditif

Sa vue est Excellente Suffisante On doit guider Faible

Il/elle se lave Seul Avec supervision On doit laver Avec aide
Préfère Bain Douche

Il/elle se brosse les dents Seul(e) Avec supervision Avec aide
 On doit les brosser Pas de dent

Il/elle porte des culottes d'incontinence Jamais Nuit seulement Toujours

Il/elle s'habille Seul(e) Avec supervision On doit l'habiller Avec aide

Il/elle a besoin d'un côté de lit Non Oui

3. Comportement

Il/elle a des troubles de comportement

Non

Oui

Si oui, expliquez et nommez les interventions à privilégier

L'utilisation d'un renforçateur est-elle efficace (ex: nourriture, collants, tableau d'émulation, etc.)

Non

Oui

Si oui, expliquez

Est-il(elle) éveillé(e) à la sexualité

Non

Oui

Si oui, expliquez

A-t-il(elle) des réactions marquées

À certaines textures (aliments)

Au toucher

Au bruit

Autre

Si oui, lesquels

A-t-il(elle) des rigidités (alimentaires, spatio-temporelles...)

Non

Oui

Si oui, expliquez

Quelles sont ses activités préférées

Quelles sont les activités qui pourraient être problématiques

Informations supplémentaires (Inscrire toutes autres informations susceptibles d'aider le Grand Village)

4. RÉSERVATION

Tarifs:

Ratio / nuitées	2 nuitées	3 nuitées	À la journée
Ratio 1/1	315\$	410\$	120\$
Ratio 1/2	265\$	360\$	100\$
Ratio 1/3	215\$	310\$	80\$

Répit saison 2018- 2019 COCHEZ VOS CHOIX

Répits 3 nuitées TOUS ÂGES DI-DP-TSA Ratio 1/2 ou 1/3 EXCLUSIVEMENT

- 31 août-1-2-3 septembre
- 5-6-7-8 octobre
- 27-28-29-30 décembre
- 5-6-7-8 mars
- 19-20-21-22 avril
- 17-18-19-20 mai

Répits 1/1 TOUS ÂGES DI-DP-TSA Ratio 1/1 EXCLUSIVEMENT

- 14-15-16 septembre
- 19-20-21 octobre
- 30 novembre-1-2 décembre
- 1-2-3 février
- 15-16-17 mars
- 10-11-12 mai

Répits JEUNESSE DI-DP-TSA (3 à 18 ans) Ratio 1/2 ou 1/3, places limitées en 1/1

- 26-27-28 octobre
- 16-17-18 novembre
- 11-12-13 janvier
- 8-9-10 février
- 22-23-24 mars
- 26-27-28 avril

Répits ADULTES DI-DP-TSA (18 ans et plus) Ratio 1/2 ou 1/3, places limitées en 1/1

- 21-22-23 septembre
- 9-10-11 novembre
- 7-8-9 décembre
- 18-19-20 janvier
- 22-23-24 février
- 5-6-7 avril

5. PAIEMENT

Options de paiement (voir informations générales dans la brochure)

- Argent comptant
 Chèque
 Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte

Date d'expiration

Numéro de la carte

3 chiffres au verso

1^{er} versement Date

2^e versement Date

3^e versement Date

****Chaque répit doit être payé en entier AVANT le début de celui-ci****

Les frais de répit sont payés par

- Campeur Famille CLSC /CSSS* CRDI* Curatelle Autre _____

*une confirmation de paiement de l'organisme doit accompagner le présent formulaire

Nom du payeur

Prénom du payeur

Organisation (s'il y a lieu)

Adresse

Téléphone

Télécopieur

Relevé 24 (frais de garde pour impôts). VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE LES RELEVÉS POURRONT ÊTRE ÉMIS SEULEMENT SI TOUTES LES INFORMATIONS SUIVANTES SONT COMPLÉTÉES.

Nom

Prénom

Adresse

Numéro d'assurance sociale du PAYEUR

Montant total

- Je déclare que les informations inscrites dans le présent formulaire sont exactes. Dans le cas où les informations seraient incomplètes ou erronées, le Grand Village se réserve le droit de refuser, de retourner ou de ne plus accepter le campeur.

Signature

Nom

Prénom

Date

section réservée à l'administration

Fiche médicale

À l'usage exclusif des préposés aux soins et de la direction. Ces informations sont confidentielles.

Nom Prénom

Il/elle vit avec DI DP Poly-handicap TSA

Afin d'éviter toutes complications, les campeurs du Grand Village doivent apporter:

- les médicaments en quantité suffisantes pour la durée du répit (Dosette obligatoire)
- des culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée du répit (Minimum 5 par jour s'il/elle en porte en tout temps)
- leur crème solaire (protection 30 et plus)
- une trousse de glycémie complète incluant les bandelettes (pour les diabétiques)

Numéro d'assurance maladie Date d'expiration

Poids Grandeur

Il/elle a-t-il été hospitalisé(e) dans les 12 derniers mois Non Oui Si oui, expliquez

Il/elle a-t-il/elle été vacciné(e) contre l'hépatite B Non Oui

Il/elle est-il/elle porteur(se) ou souffre-t-il/elle de l'hépatite B Non Oui

Il/elle a-t-il/elle été vacciné contre le tétanos Non Oui

Il/elle a-t-il/elle tendance à développer des plaies de pression Non Oui

Le campeur prend-il des médicaments Non Oui

Si oui, bien vouloir remplir la feuille de posologie en annexe et la remettre aux préposés aux soins lors de votre arrivée avec la carte d'assurance maladie et la dosette contenant la médication du campeur pour la durée du répit.

Autorisation d'administration de médicaments en vente libre : J'autorise le Grand Village à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs médicament(s) suivant(s) ou leur équivalent générique

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Ex: Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Ex: Advil, Motrin) |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Ex: Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Ex: Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique qui agit contre les allergies (Ex: Bénadryl) | <input type="checkbox"/> Laxatif (Ex: jus de pruneaux, suppositoire, Fleet) |
| <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux (Ex: Bénylin) | <input type="checkbox"/> Anti diarrhéique (Ex: Immodium) |

Autre

Soins particuliers à savoir

(ex: tube rectal, anus artificiel, tendance à régurgiter, tendance à l'étouffement, etc)

Nom de la clinique médicale Téléphone

Nom du médecin

Nom de la pharmacie Téléphone

Il/elle est atteint de:

- Asthme/trouble respiratoire Non Oui
- Eczéma Non Oui
- Haute pression Non Oui
- Troubles pulmonaires Non Oui
- Trouble cardiaque Non Oui

- Diabète Non Oui
- Prise de glycémie capillaire Non Oui
- Basse pression Non Oui
- Dysphagie Non Oui

Si oui, expliquez

- Épilepsie Non Oui

Si oui, expliquer la manifestation et donner la date de la dernière crise

Allergie(s): (causant des réactions cutanées, respiratoires, cardiaques... qui nécessite un système d'injection)

Alimentaire:

- Gluten Non Oui
- Arachides Non Oui
- Soya Non Oui
- Fruits de mer Non Oui
- Lactose Non Oui
- Noix Non Oui
- Poisson Non Oui
- Oeufs Non Oui
- Fruits exotiques Non Oui

Lesquels

- Autres Non Oui

Autres:

- Latex Non Oui
- Pollen Non Oui
- Foins Non Oui
- Aspirine Non Oui
- Pénicilline Non Oui
- Piqûres d'insectes Non Oui

Lesquels

- Poils d'animaux Non Oui

Lesquels

Précisez

Manifestation en cas de contact avec l'allergène

- Possède-t-il/elle un système d'injection (Épipen, Twinject...) Non Oui

Lesquels

Intolérances

Pouvant causer des maux de ventre, de tête, des diarrhées ou autre malaise ne nécessitant pas d'injection. Spécifiez l'allergène. (Ex: gluten, lactose, moutarde, pollen, oeufs...)

Élimination

Vésicale

- Normale Non Oui
- Incontinence partielle Non Oui
- Culottes d'incontinence Non Oui
- Sonde à demeure Non Oui
- Condom urinaire Non Oui
- Cathétérisme Non Oui

Rythme

Rectale

- Normale Non Oui
- Incontinence partielle Non Oui
- Culottes d'incontinence Non Oui
- Constipation Non Oui
- Suppositoire Non Oui
- Curage rectal Non Oui

Fréquence

J'autorise le Grand Village à prendre les mesures appropriées en cas d'urgence afin que les premiers soins soient apportés à la personne sous ma charge, qu'elle soit transportée à l'hôpital si besoin et que le médecin en service à l'urgence pose les actes médicaux requis par la situation.

J'atteste, selon les renseignements médicaux fournis, que la personne sous ma charge est apte à participer à un répit.

Nom

Prénom

Signature

Date

Procédure à suivre lors de votre arrivée au répit

1) L'arrivée est TOUJOURS prévue entre 18h30 et 19h30.

2) Présentez-vous à l'accueil et rencontrez notre préposé aux soins. Remettez-lui en main propre la carte d'assurance maladie, la dosette contenant la médication du campeur pour la durée du répit, ainsi que ce formulaire dûment rempli.

POSOLOGIE

Nom du campeur Prénom du campeur

Nom du médicament	Dosage	Raison	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moyen(s) pour faciliter la prise de médicament

Eau
 Jus
 Compote
 Broyé
 Autres

Trucs ou conseils si la prise de médication est difficile