

## 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<sup>er</sup> parent

Tél. maison  Tél. bureau  Cellulaire

Nom et prénom du 2<sup>e</sup> parent

Tél. maison  Tél. bureau  Cellulaire

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

1<sup>ère</sup> personne  Lien  Téléphone

2<sup>e</sup> personne  Lien  Téléphone

3<sup>e</sup> personne  Lien  Téléphone

Cochez si les parents sont les premiers à contacter en cas d'urgence.

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-il 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<sup>er</sup> versement Date

2<sup>e</sup> versement Date

3<sup>e</sup> 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	<input type="text"/>			Prénom du campeur	<input type="text"/>		
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"/>	

Moyen(s) pour faciliter la prise de médicament

- Eau   
  Jus   
  Compote   
  Broyé   
  Autres

Trucs ou conseils si la prise de médication est difficile