FICHE D'INFORMATIONS DE L'USAGER

**2024**

L'ARC-EN-CIEL, RPPH

25 Sainte-Marie

Montmagny, G5V 2R6

|  |
| --- |
| Nom : |
| Photo |



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prénom et nom  du membre utilisateur** |  | | **Date de naissance :** | |  |
| **Numéro assurance maladie** |  | | | | |
| **Intervenant.e au dossier du membre utilisateur** | DPDAR | Nom : | | Tel : | |
| Courriel : | |
| CLSC | Nom : | | Tel : | |
| Courriel : | |
| Autre : | Nom : | | Tel : | |
| Courriel : | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adresse** |  | Municipalité |  |
| Code postal |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnostic** | Déficience intellectuelle | DI légère |  |  |
| DI moyenne |  |  |
| DI profonde |  |  |
| Déficience physique | Précisez : | | |
| Trouble du spectre de l’autisme | Niveau 1 |  |  |
| Niveau 2 |  |  |
| Niveau 3 |  |  |
| Autre | Précisez : | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personne responsable à rejoindre en cas d’urgence (2 obligatoire)** | | **Liens** | **Téléphone principal** | **Autre numéro tel.** |
| Nom : |  |  |  |  |
| Nom : |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergies alimentaires, médicamenteuses et autres** | **Intolérances alimentaires** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** | Précisez : | | |
|  |  | | |
| **ALIMENTATION** | Je suis autonome |  | Précisez : |
| J’ai besoin d’une aide partielle |  |
| J’ai besoin d’une aide complète |  |
| J’utilise des ustensiles adaptés |  |
|  |  |  |  |
| **COMMUNICATION** | Je communique verbalement |  | Précisez : |
| Je suis non verbal |  |
| Je communique avec un moyen adapté à ma situation |  |
|  |  |  |  |
| **HABILLEMENT** | Je suis autonome |  | Précisez : |
| J’ai besoin d’une aide partielle |  |
| J’ai besoin d’une aide complète |  |
|  |  |  |  |
| **HYGIÈNE CORPORELLE** | Je suis autonome |  | Précisez : |
| J’ai besoin d’une aide partielle |  |
| J’ai besoin d’une aide complète |  |
|  |  |  |  |
| **SOMMEIL (endormissement et routine)** | Précisez : | | |
|  |  |  |  |
| **INTÉRÊTS/GOÛTS** | Précisez : | | |

**INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER**

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPORTEMENTS** | **INTERVENTIONS** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MÉDICATION**

**MATIN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Aspect** | **Heure** | **Indication** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MIDI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Aspect** | **Heure** | **Indication** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SOIR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Aspect** | **Heure** | **Indication** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**BESOINS SPÉCIFIQUES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments** | **Aspect** | **Heure** | **Indication** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**FACTURATION ET PAIEMENT**

Les services fournis par l’organisme seront facturés à la personne mentionnée ci-bas.

Vous recevrez la facture par courriel.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parent ou responsable |  | Nom : |
|  | Intervenant.e au dossier |  | Courriel : |
|  | Curateur public |  | Adresse si différente du membre : |
|  | Autre |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***IMPORTANT*** | *Seules les factures envoyées au curateur public seront envoyées par la poste.*  *Dans un souci environnemental, nous privilégions le courriel pour toutes nos communications.*  *Des frais postaux seront chargés pour obtenir la facturation papier.* |

**ATTESTATION DE CONFORMITÉ DU FORMULAIRE**

J’atteste avoir rempli le formulaire au meilleur de mes connaissances et j’affirme que les informations inscrites sont véridiques.

Je comprends que la rétention volontaire d’information pourrait nuire au travail des intervenant.e.s et pourrait mettre en danger la sécurité et l’intégrité du membre et du personnel.

Je comprends que la rétention volontaire d’information pourrait mettre fin aux services.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la personne ayant rempli le formulaire :** |  |
| **Signature :** |  |
| **Date :** |  |