

Fiche d'information de l'utilisateur

Ce formulaire nous permet de prendre connaissance des particularités et des besoins de la personne désirant utiliser nos services.

Merci de le remplir au meilleur de vos connaissances.

Les données de ce formulaire en sont utilisées qu'à des fins internes dans un objectif de donner des soins et des services de qualité.

[Politique de confidentialité](#)

* Indique une question obligatoire

1. Adresse e-mail *

2. Nom de l'utilisateur *

3. Date de naissance *

Exemple : 7 janvier 2019

4. Adresse postale complète *

5. Utiliser le même courriel et adresse pour la facturation *

Une seule réponse possible.

Oui

Non (précisez à la question suivante)

6. Précisez la question précédente si requis.

7. Nom du parent *

8. Numéro de téléphone principal *

9. Autre (cellulaire ou travail)

10. Intervenant.e au dossier.

Inscrire son nom, son courriel, numéro de téléphone et son département (DPDAR, CLSC, DPJ ou autre)

11. Services désirés

*

Les formulaires pour les inscriptions vous seront envoyés dans une prochaine communication.

Plusieurs réponses possibles.

- Répit
- Activités sociales
- Journées pédagogiques
- Camps estivaux

12. Personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors du parent). *

(2 OBLIGATOIRE)

Inscrire son nom et numéro de téléphone

INFORMATIONS MÉDICALES

13. Diagnostic.s de la personne *

Plusieurs réponses possibles.

- TSA niveau 1
- TSA niveau 2
- TSA niveau 3
- DI légère
- DI moyenne
- DI profonde
- Déficience physique (précisez à la prochaine question)

14. Précisez la question précédente.

15. Antécédents médicaux *

16. Niveau d'autonomie *

Plusieurs réponses possibles.

	Seul.e	Seul.e avec outil	Avec aide partielle	Avec aide complète
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Précisez au besoin la question précédente.

18. Allergies (si applicable)

19. Routine de sommeil.
(à remplir seulement pour l'utilisation du service de répit)

20. Médication et autres besoins spécifiques. *
- Veuillez nous envoyer une copie du profil pharmacologique par courriel.
Obligatoire.

Une seule réponse possible.

J'ai bien lu.

COMPORTEMENT ET INTERVENTION

21. Intérêts et goûts *

22. Veuillez décrire les comportements à surveiller et les interventions à privilégier. Si * vous avez un plan d'intervention, il serait apprécié d'en avoir une copie par courriel.

AUTORISATION ET CONSENTEMENT

23. FACTURATION ET PAIEMENT *

Les factures des services reçus seront envoyées le 1^{er} du mois suivant le service reçu. Vous recevrez la facture par courriel. La facture devra être payée dans les 30 jours suivant sa réception.

En cas de défaut de paiement, je comprends que les prochains services pourraient m'être refusés.

Une seule réponse possible.

J'ai compris.

24. AUTORISATION DE PRISE D'IMAGES

*

J'autorise la prise d'images de la personne dont il est question dans ce formulaire et l'utilisation de ces dernières dans un objectif de promotion des activités de L'Arc-en-Ciel RPPH.

Je comprends que cette autorisation est valide dès sa signature et peut être retirée à tout moment.

Une seule réponse possible.

J'autorise

Je n'autorise pas

25. MALADIE

*

Aucune admission dans nos services ne sera possible si la personne présente des symptômes gastrointestinaux anormaux (vomissement, diarrhée) et/ou de la fièvre.

Aucune admission dans nos services ne sera possible si la personne présente un mauvais état général.

Si une maladie survient au cours d'une activité, je comprends que le parent (ou personne d'urgence) devra venir le plus rapidement possible venir chercher la personne malade. Je comprends alors qu'il n'y aura pas de remboursement.

Une seule réponse possible.

J'ai compris.

26. ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS.

*

Les médicaments doivent être dans leur flacon d'origine avec une étiquette de la pharmacie.

Toute médication, même en vente libre et ce incluant les produits naturels, doivent être prescrits.

Aucune médication qui ne remplit pas ces critères ne pourra être donnée.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'avertir l'organisme de tout changement dans la médication.

Une seule réponse possible.

J'ai compris.

27. 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.

Une seule réponse possible.

J'atteste avoir compris les modalités du formulaire rempli.

Google Forms

