

## Questionnaire Médical d'Admission à la Halte-Répit

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom marital \_\_\_\_\_ M F  
Sexe

Prénom \_\_\_\_\_

Date naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

### Contexte médical

Taille:

Poids:

La personne présente-t-elle des problèmes locomoteurs?

Oui  Non

Si oui, lesquels?

La personne présente-elle des problèmes auditifs ou visuels?

Oui  Non

Si oui, lesquels?

La personne présente-t-elle des problèmes neuro-psychiatriques?

Oui  Non

Si oui, lesquels?

La personne sera-t-elle amenée à prendre un traitement durant les périodes d'accueil Halte-Répit? (accueil en demi-journées)

Oui  Non

Si oui, lesquels?

La personne est-elle à jour de ses vaccins?

Oui  Non

### Approche médicale de la dépendance de la personne concernée

<b>Respiration</b>	<input type="checkbox"/> Sans gêne <input type="checkbox"/> A besoin d'aide technique (aerosol)	<input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Ventilation assistée
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Mange/boit seul(e) <input type="checkbox"/> A besoin d'aide totale	<input type="checkbox"/> A besoin d'aide partielle et/ou surveillance <input type="checkbox"/> A des troubles de la déglutition
<b>Élimination</b>	<input type="checkbox"/> Continence <input type="checkbox"/> Incontinence jour ou nuit <input type="checkbox"/> Est porteur d'une sonde urinaire	<input type="checkbox"/> A besoin d'aide (wc avec aide, urinal, bassin...) <input type="checkbox"/> Incontinence permanente
<b>Déplacement</b>	<input type="checkbox"/> Se déplace seul(e) <input type="checkbox"/> Se déplace avec l'aide de 2 personnes <input type="checkbox"/> Se déplace en fauteuil	<input type="checkbox"/> Se déplace avec aide (cane ou une personne) <input type="checkbox"/> Lever interdit
<b>Éviter les dangers</b>	<input type="checkbox"/> Lucide <input type="checkbox"/> Confus et/ ou désorienté en permanence	<input type="checkbox"/> Confus et/ ou désorienté épisodiquement <input type="checkbox"/> Dangereux pour lui-même et pour les autres
<b>Communication</b>	<input type="checkbox"/> S'exprime sans difficulté <input type="checkbox"/> A besoin d'une aide pour s'exprimer	<input type="checkbox"/> S'exprime avec difficulté (bégaiement) <input type="checkbox"/> Ne peut/veut pas communiquer
<b>Vie en communauté</b>	<input type="checkbox"/> A un contact facile avec les autres <input type="checkbox"/> S'exclut en situation de groupe <input type="checkbox"/> A des troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Se renferme en situation de groupe <input type="checkbox"/> Devient agressif en situation de groupe

Selon vous, l'état de santé de la personne aidée est-il compatible avec un accueil hebdomadaire collectif non médicalisé en Halte-Répit?

Oui  Non

Signature et cachet du médecin

## Questionnaire à l'attention de l'aidant familial

Nom de naissance	Nom marital	M	F
		Sexe	
Prénom	Date naissance		
Adresse	Téléphone		
Code postal	Ville		

### Renseignements complémentaires

**Les professionnels de santé:**

Quel est le nom du médecin traitant de la personne que vous accompagnez?

Quel est le cabinet infirmier et/ou l'auxiliaire de vie qui intervient régulièrement auprès de cette personne?

**En cas d'urgence**, souhaitez-vous que la personne aidée soit transportée par les services compétents dans un établissement hospitalier particulier?  
Si oui, lequel?

**Procuration de transport:**

Quelles sont les personnes autorisées à assurer le retour à domicile de la personne que vous accompagnez à l'issue de la demi-journée à la Halte-Répît?

**Informations complémentaires:**

Avez-vous des informations complémentaires qui, selon vous, doivent être portées à notre connaissance?

### Mieux connaître votre famille

<b>Les centres d'intérêt</b>	Quels sont les centres d'intérêt de la personne que vous accompagnez?
<b>Besoin de se recréer, se divertir: Les activités récréatives</b>	<input type="checkbox"/> Intérêt pour les activités récréatives <input type="checkbox"/> Difficulté, incapacité à accomplir ces activités <input type="checkbox"/> Désintéressement à y participer <input type="checkbox"/> Refus d'accomplir ces activités
<b>Besoin d'apprendre</b>	<input type="checkbox"/> Aime apprendre <input type="checkbox"/> Apathique <input type="checkbox"/> A besoin de stimulation <input type="checkbox"/> Refus, résignation
<b>L'aidant familial</b>	En tant qu'aidant familial, ressentez-vous le besoin de participer à des groupes de paroles animés par une psychologue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle fréquence? <input type="checkbox"/> Bi-mensuelle <input type="checkbox"/> Mensuelle
<b>Commentaires/Suggestions</b>	

Signature de la famille ou de son représentant

