



CONFIDENTIEL

# Fiche de renseignements pratiques

Remplie par :

---

Nom et prénom de la personne handicapée :

## Communication

Langue(s) parlée(s) ou comprise(s) :

Moyens de communication utilisés (décrire si des mots, des objets ou des signes ont une signification particulière et utile pour une meilleure compréhension) :

## Déplacements

La personne se déplace-t-elle

seule

avec un soutien

avec des béquilles

en chaise roulante manuelle

en chaise roulante électrique

La personne peut-elle se déplacer seule

dans l'appartement

à l'extérieur

La personne risque-t-elle de fuguer ?

oui

non

Dans quelles circonstances et quelles précautions prendre :

La personne a-t-elle la notion du danger ?

oui

non

Si non, à quoi doit-on être très attentif ?

## Repas

La personne a-t-elle besoin d'aide ?

oui

non

Si oui quels types d'aide ?

Quels ustensiles spécifiques la personne utilise-t-elle ?

La personne suit-elle un régime ?

oui

non

Préférences, intolérances ou autres particularités :



CONFIDENTIEL

## Soins corporels

### Habillage / déshabillage

Aide nécessaire pour (bien mentionner les attentions particulières) :

### Toilette

La personne est-elle langée ?  oui  non

Aide nécessaire pour (bien mentionner les attentions particulières) :

### WC

Aide nécessaire pour (bien mentionner les attentions particulières) :

### Particularités

La personne porte-elle des lunettes, des verres de contact, un appareil acoustique, une prothèse dentaire, etc. (souligner ce qui convient) ?

Recommandations :

## Sommeil

Heure du lever :

Heure du coucher :

Rituel ou particularité pour le temps du sommeil (position, objet fétiche, boisson, etc.) :

La personne fait-elle la sieste ?  oui  non

Si la personne se réveille la nuit, faut-il agir d'une manière particulière ?

## Loisirs

Quelles sont ses activités préférées ?

Quelles sont les activités non appréciées ?

Y-a-t-il des activités qui demande une attention toute particulière de la part de l'accompagnant ?

Description :



CONFIDENTIEL

### Comportement

La personne a-t-elle des troubles de comportement pouvant entraîner de la violence ?

A l'égard d'elle-même ?

oui

non

Sous quelle forme ?

A l'égard des autres ?

oui

non

Sous quelle forme ?

Signes annonciateurs et circonstances pouvant déclencher une crise :

Comportement approprié de l'accompagnant en cas de crise :

Médicament(s) à administrer en cas de crise (nom, sous quelle forme, à quel moment) :

Autres précisions :

### Adaptation à des situations particulières

La personne s'adapte-t-elle facilement aux changements, à l'imprévu ou à la nouveauté ?

oui

non

Si non, que doit-on faire pour l'aider ?

Quel comportement a la personne en situation d'insécurité ?



CONFIDENTIEL

## Renseignements médicaux

### Allergies

oui  non

Si oui préciser et donner toutes les informations utiles à ce sujet :

### Problèmes cardio-circulatoires

oui  non

Attentions particulières :

### Problèmes respiratoires

oui  non

Attentions particulières :

### Diabète

oui  non

Attentions particulières :

### Troubles moteurs

oui  non

Précaution à prendre :

### Epilepsie

La personne fait-elle des crises ?

oui  non

Fréquence :

Durée :

Circonstances pouvant déclencher une crise :

Comportement approprié en cas de crise :

Médicament(s) à administrer en cas de crise (nom, sous quelle forme, au bout de combien de temps après le début de la crise) :

### Médication

La personne prend elle régulièrement des médicaments ?  oui  non

A quels moments doivent-ils être administrés ?

matin  midi  soir  autre : .....  
 avant les repas  pendant les repas  après les repas  autre : .....

De quelle manière doit-on les administrer ?

Contre indication avec cette prise de médicaments :

**Autres renseignements médicaux à signaler**

Signature de la personne et/ou de son représentant légal