

*Les sections avec un * permettent de vérifier l'admissibilité lors de la rencontre téléphonique.

*Identification du participant			
--------------------------------	--	--	--

Prénom		Nom	
Date de naissance & âge		Sexe	
N° dossier	<input type="checkbox"/> garde partagée	<input type="checkbox"/> interdit contact	

*Diagnostic(s)	
----------------	--

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle - DI	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère/profonde
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme - TSA	<input type="checkbox"/> niveau 1 <input type="checkbox"/> niveau 2 <input type="checkbox"/> niveau 3
<input type="checkbox"/> Syndrome de Down (trisomie 21)	
<input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale	<input type="checkbox"/> neurologique <input type="checkbox"/> physique
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention - TDAH	<input type="checkbox"/> hyperactivité <input type="checkbox"/> impulsivité <input type="checkbox"/> attention
<input type="checkbox"/> Dysphasie (trouble dév. langage)	<input type="checkbox"/> expression <input type="checkbox"/> réception (compréhension)
<input type="checkbox"/> Dyspraxie (trouble dév. coordination)	
<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale	<input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> phobie <input type="checkbox"/> dépression <input type="checkbox"/> panique <input type="checkbox"/> attachement <input type="checkbox"/> obsession/compulsion – TOC <input type="checkbox"/> autre(s) : _____ Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Déficience visuelle	<input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> chien-guide
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> appareil <input type="checkbox"/> interprète <input type="checkbox"/> chien-guide
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> opposition <input type="checkbox"/> provocation <input type="checkbox"/> fugue <input type="checkbox"/> passivité <input type="checkbox"/> violence physique <input type="checkbox"/> violence verbale Précisez : _____

*Condition médicale			
---------------------	--	--	--

<input type="checkbox"/> Allergie : _____	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère/mortelle <input type="checkbox"/> Epipen Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Allergie : _____	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère/mortelle <input type="checkbox"/> Epipen Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Médication	Raison	Posologie	Effet secondaire
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Asthme	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Diabète	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés (eczéma, réactions)	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Maux de tête / migraines	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Toux chronique	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Nausées / vomissements	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Saignements de nez	Précisez : _____		
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Précisez : _____		

*Autonomie			
Déplacements (courts et intérieurs)	autonome	aide constante	aide totale
<input type="checkbox"/> marchette/déambulateur <input type="checkbox"/> canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements (longs et extérieurs)			
<input type="checkbox"/> marchette/déambulateur <input type="checkbox"/> canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts et pivots			
<input type="checkbox"/> tous les transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation			
<input type="checkbox"/> manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins d'hygiène			
<input type="checkbox"/> toilette (s'essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mains (laver et essuyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hygiène féminine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Services actuels		
Scolaire - Primaire 4 à 12 ans		
<input type="checkbox"/> Classe régulière	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> T.E.S. + nombre d'heures / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Classe spécialisée	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> communication - TSA <input type="checkbox"/> déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/> École spécialisée	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> Touret <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> P.I.	Précisez : _____
Scolaire - Secondaire 12 à 21 ans		
<input type="checkbox"/> Classe régulière	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> T.E.S. + nombre d'heures / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Classe spécialisée	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> TSA <input type="checkbox"/> DIM <input type="checkbox"/> cheminement particulier
<input type="checkbox"/> École spécialisée	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> Touret <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> P.I.	Précisez : _____
Scolaire - Éducation aux adultes		
<input type="checkbox"/> Classe régulière	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> T.E.S. + nombre d'heures / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Classe spécialisée	<input type="checkbox"/> P.I.	<input type="checkbox"/> Programme FIS <input type="checkbox"/> réinsertion sociale
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> P.I.	Précisez : _____
Socio-professionnel		
<input type="checkbox"/> Centre d'activités de jour	<input type="checkbox"/> P.I.	Nombre de jours / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Centre de jour – réadaptation	<input type="checkbox"/> P.I.	Nombre de jours / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Plateaux de travail supervisés	<input type="checkbox"/> P.I.	Nombre de jours / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Stages en milieu de travail	<input type="checkbox"/> P.I.	Nombre de jours / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Intégration en milieu de travail	<input type="checkbox"/> P.I.	Nombre de jours / semaine : _____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> P.I.	Précisez : _____

Évaluation du comportement					
Difficultés rencontrées		Contexte, particularités, explications			
<input type="checkbox"/> Agressivité physique envers les autres					
<input type="checkbox"/> Agressivité physique envers soi-même					
<input type="checkbox"/> Agressivité physique envers le matériel					
<input type="checkbox"/> Agressivité verbale envers les autres					
<input type="checkbox"/> Anxiété					
<input type="checkbox"/> Risque de fugue					
<input type="checkbox"/> Crise de colère <input type="checkbox"/> crise de pleurs					
<input type="checkbox"/> Manies particulières					
<input type="checkbox"/> Phobies & peurs					
<input type="checkbox"/> Opposition / refus de collaborer					
<input type="checkbox"/> Provocation / confrontation					
<input type="checkbox"/> Refus de participer					
<input type="checkbox"/> Désorganisation					
<input type="checkbox"/> Respect des limites physiques					
<input type="checkbox"/> Comportements inappropriés					
<input type="checkbox"/> Comportements à caractère sexuel					
<input type="checkbox"/> Respect de l'autorité					
<input type="checkbox"/> Autre :					
Évaluation du niveau d'autonomie					
		Autonome	Supervision	Aide occ.	Aide totale
Communication	Communiquer avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Communiquer avec l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comprendre les autres & consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nommer ses besoins & émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Demander de l'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Communiquer avec des étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participation	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interagir avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interagir avec les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terminer la tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'appliquer à la tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Esprit d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Règles d'un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compétences sociales en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activités de motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nouvelles activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nouveau groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne	Habillement – vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillement – maillot de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habillement – chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hygiène personnelle – toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentation – repas & collation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître ses effets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conscience du danger	Reconnaître le danger physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conscience des étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître son envie d'uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître son envie de déféquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître le chaud et le froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la soif et la faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la fatigue / sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la fatigue / physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la chaleur / soleil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rester avec le groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se vêtir selon la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manger des aliments / objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boire des substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reconnaître la profondeur de l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conscience de sa force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conscience de son physique / poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compétences aquatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évaluation des habiletés et intérêts					
Ce qui m'intéresse (<i>passé-temps, loisirs, motricité fine, motricité globale, etc.</i>)					
Ce qui ne m'intéresse pas (<i>passé-temps, loisirs, motricité fine, motricité globale, etc.</i>)					
Informations supplémentaires importantes					
Est-ce qu'il y a d'autres informations importantes dont vous voulez nous faire part (<i>changements importants, déménagement, situation familiale, deuil, préoccupations, situation de santé, etc.</i>)?					