



## FICHE D'INFORMATION DES HABITUDES DES ARTISANS

VEUILLEZ COMPLETER L'INFORMATION SUIVANTE

Nom du (de la) artisan(te) :	
Prénom du (de la) artisan(te) :	
Adresse :	
Code postal :	
Téléphone :	
Date de naissance :	Âge de l'artisan(te) :
Numéro d'assurance maladie : <b>(OBLIGATOIRE)</b>	
Date d'expiration de la carte d'assurance maladie : <b>(OBLIGATOIRE)</b>	
Sexe : M ( )                      F ( )	
Langue Parlée : Français ( )      Anglais ( )      Autre : _____	
Milieu de vie :    Famille naturelle ( )    Famille d'accueil ( )    Foyer de groupe ( )	
Nom de la personne responsable :	
Autre numéro de téléphone :	
Courriel (s.v.p. écrire lisiblement) (important pour la diffusion d'information)	

Nom du père : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de la mère (à la naissance) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Personne à rejoindre en cas d'urgence (familles ou responsables) :

Nom(s) : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (m) \_\_\_\_\_

Téléphone : (t) \_\_\_\_\_

Lien(s) avec la personne : \_\_\_\_\_

Note : \_\_\_\_\_

Téléphone de deux personnes autres que les parents ou responsables à joindre en cas d'urgence et ceci à n'importe quel heure de la journée : **(OBLIGATOIRE)**

1. Nom : \_\_\_\_\_ tél. : \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_ tél. : \_\_\_\_\_

Nom du (de la) travailleur (se) social(e) : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme référant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**L'artisan(te) doit-il/elle prendre des médicaments régulièrement ?**

OUI

NON

Si OUI, veuillez préciser lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'artisan(te) doit-il/elle prendre un médicament régulièrement pour des allergies et/ou un médicament d'urgence accessible en cas de réaction allergique grave (si oui, fournir une ordonnance médicale) ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Qui contrôle les médicaments ?** \_\_\_\_\_

**Autonome ou avec aide ?** \_\_\_\_\_

**Si avec aide, pourquoi ?** \_\_\_\_\_

**Nom du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Code Postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Autres médecins :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bilan de santé :

Souffre-t-il/elle d'une des maladies suivantes? Si oui, précisez.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>Précisez</u>
Diabète	___	___	_____
Troubles cardiaques	___	___	_____
Épilepsie contrôlée	___	___	_____
Épilepsie non-contrôlée	___	___	_____
Asthme	___	___	_____
Hémophile	___	___	_____
Autres : _____	_____	_____	_____

Diagnostics médicaux et psychologiques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condition générale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diète spéciale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y- a-t-il eu un événement significatif dans la vie de l'artisan(te), au cours de la dernière année? (Veuillez préciser s'il-vous-plaît.)

Deuil

Conflits importants

Accident

Harcèlement/Abus

Transitions sur lesquelles l'artisan(te) n'avait pas de contrôle

Autres : \_\_\_\_\_

**Autonomie, mobilité :**

Appareil adapté utilisé pour les déplacements, s'il y a lieu (fauteuil roulant, canne, etc.) veuillez préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y-a-t-il un problème de santé qui empêche l'artisan de participer à certaines activités physiques ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pour communiquer, l'artisan(te) doit-il/elle utiliser un système de communication (ex. : appareil, planche BLISS, décodeur, etc.) ? Si oui, veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Généralement, l'artisan(te) comprend t-il/elle les consignes de base (la première fois ou doit-on lui répéter à plusieurs reprises?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dans son quotidien, comment décrivez-vous la relation qu'à l'artisan(te) avec ... (inscrire vos choix de réponse pour chacun des points suivants)

- **Ses pairs (collègues et amis(es)) :**

Bonne  Passable  Mauvaise  Ne sais pas

- **Les intervenants(es) :**

Bonne  Passable  Mauvaise  Ne sais pas

- **Les personnes de son entourage (parents, tuteurs(trices), fraterie, etc.) :**

Bonne  Passable  Mauvaise  Ne sais pas

**Habitudes de vie :**

Usage de cigarette ( )

Drogues ( )

Boissons alcoolisées ( )

Particularités au niveau : sommeil, habitudes alimentaires, habitudes hygiéniques, peurs, traumatismes etc. :

---

---

---

Problème(s) lié(s) à la santé :

---

---

---

Réactions : (ex. : allergies)

---

---

---

L'artisan(te) a-t-il/elle tendance à s'éloigner du groupe?

---

---

---

**Veillez nous fournir toute information (habitudes, comportements, alimentation, etc.) qui serait susceptible d'aider les intervenants à offrir un service à notre clientèle.**

---

---

---

**L'artisan(te) est-il/elle autonome?**

**Pouvez-vous donner un degré d'autonomie sur une échelle de 1 à 10 (10 étant très autonome)!**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Prière de nous indiquer les forces et les besoins concernant l'artisan :**

- 1- Autonomie** (Activités de la vie quotidienne, soins personnels, autonomie résidentielle, autonomie au travail, cognitif) :

**Forces :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besoins :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2- Physique/santé** (Soins médicaux, médication, services spécialisés, condition physique) :

**Forces :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besoins :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 3- Relationnelle** (Communication, conversation, langage, relation amis(es) – famille – entourage, expression de soi dans sa relation avec les autres, sexualité) :

**Forces :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besoins :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4- Socio/communautaire** (Connaissance et utilisation des services de la communauté, loisirs, sports et culture, conscience et responsabilité, expression de soi dans la communauté) :

**Forces :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besoins :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5- Besoins spécifiques :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'artisan(te) a-t-il/elle recourt à des comportements agressifs (frapper, pousser, cracher etc.) ou perturbateurs (crier, blasphèmes, partir des rumeurs, etc.). Si oui, dans quelles circonstances?

---

---

---

Quelles habilités et intérêts possède l'artisan(te) pour l'artisanat?

<input type="checkbox"/> Peinture	<input type="checkbox"/> Collage
<input type="checkbox"/> Dessin	<input type="checkbox"/> Assemblage
<input type="checkbox"/> Découpage	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Qu'est-ce-que l'artisan(te) n'aime pas faire?

<input type="checkbox"/> Peinture	<input type="checkbox"/> Collage
<input type="checkbox"/> Dessin	<input type="checkbox"/> Assemblage
<input type="checkbox"/> Découpage	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Est-ce-que l'artisan(te) fréquente d'autres milieux que le centre CADO? (ex. : APICO, Camp de jour, danse ou autres loisirs)

---

---

---

Comment évalueriez-vous la capacité de l'artisan(te)?

1- D'exprimer ses émotions :

Adéquate     Inadéquate     À travailler     Ne sais pas



**2- De s'affirmer dans un groupe :**

Adéquate     Inadéquate     À travailler     Ne sais pas

**3- De contrôler sa colère :**

Adéquate     Inadéquate     À travailler     Ne sais pas

**4- De résoudre des problèmes :**

Adéquate     Inadéquate     À travailler     Ne sais pas

**5- De respecter les règles :**

Adéquate     Inadéquate     À travailler     Ne sais pas

**Quelles sont vos attentes par rapport aux services qu'offre le centre CADO?**

---

---

---

**Est-ce-que l'artisan(te) reçoit les services suivants. Si oui, veuillez préciser :**

	<u>NOM</u>	<u>TÉLÉPHONE</u>
Service communautaire	_____	_____
Psychologie	_____	_____
Physiothérapie	_____	_____
Orthophonie	_____	_____
Ergothérapie	_____	_____
Autres services	_____	_____

**Veillez identifier, s'il y a lieu, les antécédents personnels, familiaux, relationnels, médicaux, occupationnels, scolaires (écoles fréquentées et lieux) :** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Téléphone et nom de l'intervenant ou éducateur responsable de l'artisan(te) :**

Nom: \_\_\_\_\_ tél : 819-663-0062 poste 21

<b>Entente</b>
----------------

**J'accepte et comprends que le Centre artisanal pour la déficience intellectuelle de l'Outaouais (C.A.D.O.) ne pourra être tenue responsable de tout incident et/ou de perte entourant la présence de la personne à toute activité organisée par ou en collaboration avec l'organisme, que ce soit sur les lieux mêmes ou de l'activité ou durant les déplacements. Aussi, j'accepte que sa photo soit inclus dans les livres de communication des autres usagers de C.A.D.O. afin d'avoir une meilleure communication avec ces collègues. Je comprends également que je suis responsable de tous les effets personnels, et ce, en tout temps.**

\_\_\_\_\_  
**Signature de la personne autorisée**

\_\_\_\_\_  
**Date**