

AIDE-MÉMOIRE

À L'INTENTION DE LA PERSONNE QUI PREND LA RELÈVE

Les pages qui suivent passent en revue les informations à transmettre à une personne qui doit prendre la relève en votre absence. Nous vous suggérons de garder ces informations à jour.

Date de la dernière mise à jour : _____

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Date de naissance : _____ Numéro d'assurance sociale : _____

2 FICHE DE SANTÉ

RENSEIGNEMENTS LIÉS AU DIAGNOSTIC DE TSA

Niveau du TSA : _____ Brève description des problématiques : _____

Verbal / non verbal : _____

Diagnostic(s) associé(s), s'il y a lieu : _____

 _____

 _____

MÉDICATION

Nom du médicament	Matin	Midi	Soir	En mangeant	Effets secondaires possibles ou remarques

Lieu où sont rangés les médicaments : _____

4

DIFFICULTÉS OU CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES

CARACTÉRISTIQUE / DIFFICULTÉ	Oui	Non	Remarques
Porte des lunettes / lentilles			
Difficulté à se déplacer			
Difficulté à se situer dans le temps			
Difficulté à reconnaître les lieux			
Difficulté à reconnaître les personnes			
Ne peut rester sans surveillance			
A tendance à fuguer			
N'a pas conscience du danger			
Peut démontrer de l'agressivité			

5

BESOINS EN LIEN AVEC L'HYGIÈNE

FONCTIONS D'ÉLIMINATION	Oui	Non	Remarques
Incontinence			
A besoin de rappels			
A besoin d'aide pour aller aux toilettes			

Autres renseignements : _____

HYGIÈNE CORPORELLE	Oui	Non	<i>Remarques</i>
A besoin d'aide pour se laver			
Utilise une séquence visuelle (pictos)			
Accepte d'utiliser la douche			
Particularités sur température de l'eau			
Utilise un savon/shampooing particulier			
A une routine particulière pour le bain			
Se lave les cheveux seul			
Se coiffe seul			
Se brosse les dents seul			

H Précisions sur le comportement de la personne lors du bain ou des soins d'hygiène : _____

H À éviter : _____

H Lieu où sont rangés les articles de toilette : _____

Autres renseignements : _____

ALIMENTATION	Oui	Non	Remarques
A des intolérances/allergies			
Suit un régime particulier			
Reste assis à la table			
A une place précise à la table			
A un appétit normal			
A des rituels particuliers lors des repas			

Ses aliments ou mets préférés :

H _____

H _____

H _____

H _____

H _____

Aliments ou mets à éviter :

H _____

H _____

H _____

H _____

SOMMEIL	Oui	Non	Remarques
Routine ou habitude liée au coucher			
A des troubles de sommeil			
Fait des siestes (préciser le moment)			

Autres renseignements sur les habitudes de sommeil : _____

OBJETS ET JOUETS

(blocs, petites voitures, balles, mâchouilles, jouet lourd, etc.)

**ARTS ET LOISIRS**

(danse, écouter de la musique, jouer d'un instrument, dessin, peinture, bricolage, ordinateur ou tablette, etc.)

**SPORTS**

(natation, karaté, vélo, course, marche, entraînement, etc.)

**ACTIVITÉS DOMESTIQUES**

(cuisiner, plier les vêtements, passer la balayeuse, ranger la vaisselle, etc.)

**SORTIES**

(se promener en voiture, aller au cinéma, visiter la famille, aller au parc, aller au restaurant, etc.)

**RENFORÇATEURS**

("high five", mot d'encouragement, clin d'oeil, une sucrerie ou un aliment particulier, permission spéciale, jeu, etc.)



Autres remarques : _____

