

OFFRE DE SERVICE POUR DEVENIR MILIEU D'HÉBERGEMENT RI/RTF

Nom du postulant : _____

Nom du postulant : _____

Date : _____

Janvier 2018

INFORMATIONS AUX POSTULANTS

Ce questionnaire est **CONFIDENTIEL**.

Ce questionnaire exploratoire devra être complété par les personnes intéressées à devenir RI/RTF.



DEMANDE POUR DEVENIR MILIEU D'HÉBERGEMENT

(À compléter par les postulants)

IDENTIFICATION DU OU DES POSTULANTS

Postulant 1			Postulant 2		
Prénom _____			Prénom _____		
Nom de famille _____			Nom de famille _____		
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Date de naissance _____			Date de naissance _____		
Lieu de naissance _____			Lieu de naissance _____		
Citoyenneté _____			Citoyenneté _____		
Religion _____			Religion _____		
Milieu Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/>			Milieu Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/>		
État civil			État civil		
Célibataire <input type="checkbox"/>	Vie commune <input type="checkbox"/>	Veuf <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Vie commune <input type="checkbox"/>	Veuf <input type="checkbox"/>
Séparé <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/>	Séparé <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/>
Famille recomposée <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>		Famille recomposée <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>	
Depuis quand _____			Depuis quand _____		
No assurance sociale (obligatoire) _____			No assurance sociale (obligatoire) _____		
RAMQ _____			RAMQ _____		
Langue(s) parlée(s) _____			Langue(s) parlée(s) _____		
Langue de correspondance _____			Langue de correspondance _____		
Scolarité, diplômes ou certificat obtenus (veuillez inclure une copie de vos diplômes) _____			Scolarité, diplômes ou certificat obtenus (veuillez inclure une copie de vos diplômes) _____		
Téléphone (résidence) _____			Téléphone (résidence) _____		
Téléphone (cellulaire) _____			Téléphone (cellulaire) _____		
Téléphone (travail) _____			Téléphone (travail) _____		
Adresse courriel _____			Adresse courriel _____		

DEMANDE POUR DEVENIR MILIEU D'HÉBERGEMENT
(À compléter par le/la conjoint(e))

IDENTIFICATION DU/DE LA CONJOINT(E)

CONJOINT
Prénom _____
Nom de famille _____
Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance _____
Lieu de naissance _____
Citoyenneté _____
Religion _____
Langue(s) parlée(s) _____
Langue de correspondance _____
Téléphone (résidence) _____
Téléphone (cellulaire) _____
Téléphone (travail) _____
Adresse courriel _____

Adresse actuelle du ou des postulants	

Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/>	Depuis quand demeurez-vous à cette adresse? _____
Nom et adresse du propriétaire si différent _____	No de téléphone du propriétaire _____
_____	_____
NB : Si le postulant est locataire, la maison ne doit pas être en vente.	

Si vous demeurez à l'extérieur d'une ville ou d'un village, veuillez indiquer **clairement** la route à suivre pour se rendre chez vous.

Actuellement, avez-vous l'espace physique pour accueillir des usagers? Oui Non

Sinon, quelles démarches ont été entreprises _____

Enfants habitant chez vous

Prénom et nom	DDN	Occupation
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____

Autres personnes habitant chez vous

Prénom et nom	DDN	Parent	Chambreur	Pensionnaire
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Santé

S'il y a maladie ou handicap chez un ou des membres de la famille, indiquez le nom de la personne et la nature de la maladie ou du handicap.

Prénom et nom	Maladie ou handicap
_____	_____
_____	_____

Avez-vous un médecin de famille? Oui _____ Non _____

Avez-vous un dentiste? Oui _____ Non _____

EMPLOI / EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Postulant 1	Postulant 2
Permanent <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/>	Permanent <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/>
Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Quart <input type="checkbox"/>	Jour <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Quart <input type="checkbox"/>
Chômage saisonnier Oui <input type="checkbox"/> Durée _____ Non <input type="checkbox"/>	Chômage saisonnier Oui <input type="checkbox"/> Durée _____ Non <input type="checkbox"/>
Rentes d'invalidité <input type="checkbox"/>	Rentes d'invalidité <input type="checkbox"/>
Prestataire de la sécurité du revenu <input type="checkbox"/>	Prestataire de la sécurité du revenu <input type="checkbox"/>
Assurance salaire <input type="checkbox"/>	Assurance salaire _____
Revenu annuel _____	Revenu annuel _____
Type d'emploi _____	Type d'emploi _____
Nombre d'heures par semaine _____	Nombre d'heures par semaine _____
Employeur actuel _____	Employeur actuel _____
Nom du supérieur immédiat _____	Nom du supérieur immédiat _____
Adresse _____	Adresse _____
Téléphone _____	Téléphone _____
Date d'entrée en fonction _____	Date d'entrée en fonction _____
Employeur précédent _____	Employeur précédent _____
Nom du supérieur immédiat _____	Nom du supérieur immédiat _____
Adresse _____	Adresse _____
Téléphone _____	Téléphone _____
Date du début/date de fin _____	Date du début/date de fin _____
Raison du départ _____	Raison du départ _____
Dans l'éventualité que vous deveniez milieu d'hébergement pour notre établissement, prévoyez-vous garder votre emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dans l'éventualité que vous deveniez milieu d'hébergement pour notre établissement, prévoyez-vous garder votre emploi?
Précisez : _____	Précisez : _____
Avez-vous une formation ou de l'expérience pertinente qui pourrait vous aider dans votre rôle de responsable d'un milieu d'hébergement (ex. : bénévolat, RCR, PDSB, etc.)? (veuillez inclure une copie de vos diplômes)	Avez-vous une formation ou de l'expérience pertinente qui pourrait vous aider dans votre rôle de responsable d'un milieu d'hébergement (ex. : bénévolat, RCR, PDSB, etc.)? (veuillez inclure une copie de vos diplômes)
Précisez : _____	Précisez : _____

Expériences antérieures pertinentes

Avez-vous déjà travaillé auprès :

des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble
du spectre de l'autisme? Oui _____ Non

des personnes avec des troubles de comportements? Oui _____ Non

des personnes âgées? Oui _____ Non

des adultes avec des problèmes de santé mentale?
(ex. : schizophrénie) Oui _____ Non

Avez-vous vécu d'autres expériences qui pourraient vous aider à
devenir milieu d'hébergement? Oui _____ Non

Précisez : _____

Avez-vous déjà fait une demande semblable ailleurs? Oui Non

Si oui, quand : _____ À quel endroit : _____

Qu'est-il advenu de votre demande? Accréditée En cours Interrompue Refusée Oui

Avez-vous déjà été milieu d'hébergement

Pour enfants Pour adultes Pour personnes âgées Endroit : _____

Connaissez-vous d'autres familles d'accueil? Oui Non

Si oui, précisez : _____

RÉFÉRENCES:

Postulant I :	Postulant II
Date de naissance : / / (Année-mois-jour)	Date de naissance : / / (Année-mois-jour)
1. Médecin du postulant I Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____	2. Médecin du postulant II Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____
3. Employeur du postulant I ou dernier employeur (supérieur immédiat) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____	4. Employeur du postulant II ou dernier employeur (supérieur immédiat) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____
5. Professeur de votre enfant (s'il y a lieu) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____	6. Un(e) ami(e) du ou des postulants (sans lien de parenté) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____
7. Voisin (sans lien de parenté) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____	8. Connaissance du ou des postulants (sans lien de parenté) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____
9. Membre de la famille du postulant I (ex.: frère, sœur, oncle, tante) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____ Lien de parenté: _____	10. Membre de la famille du postulant II (ex.: sœur, frère, oncle, tante) Nom: _____ Adresse: _____ _____ Code postal: _____ Téléphone: _____ Lien de parenté: _____

NB : Indiquer s.v.p. les adresses et les numéros de téléphone au complet.

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné(e) _____(nom en lettres moulées), autorise le(s) médecin(s), bureau(x) de médecin(s), l'(les) établissement(s) de services sociaux et de la santé, l'(les) école(s), employeurs, etc., qui détient(nent) à mon endroit des dossiers et renseignements, à communiquer tous ces renseignements aux **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais** ou à son représentant.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original et le formulaire d'autorisation d'accès à des renseignements garde sa pleine valeur jusqu'au classement définitif du dossier de ressource non-institutionnelle.

Signature du postulant

Date

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné(e) _____(nom en lettres moulées), autorise le(s) médecin(s), bureau(x) de médecin(s), l'(les) établissement(s) de services sociaux et de la santé, l'(les) école(s), employeurs, etc., qui détient(nent) à mon endroit des dossiers et renseignements, à communiquer tous ces renseignements aux **Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais** ou à son représentant.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original et le formulaire d'autorisation d'accès à des renseignements garde sa pleine valeur jusqu'au classement définitif du dossier de ressource non-institutionnelle.

Signature du postulant

Date

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS:

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires au traitement par l'établissement de toute candidature à titre de ressource non-institutionnelle. Les renseignements personnels sont confidentiels et ne peuvent être divulgués sans consentement de la personne concernée, sauf dans les cas prévus par la loi.

L'utilisation des renseignements personnels ne se fera par l'établissement qu'aux seules fins d'évaluation de la candidature à titre de ressource intermédiaire ou de ressource de type familial. Les copies de documents, qui seront déposées au dossier du postulant, seront conservées selon les règles de conservation de l'établissement.

L'accès à ces renseignements est réservé aux seules personnes de l'établissement habilitées à les recevoir lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leur fonction.

HABITATION

Propriétaire <input type="checkbox"/>	Locataire <input type="checkbox"/>	Étage occupé : _____	Coût mensuel : _____
Énumération des pièces (cuisine, salon, etc.) : _____			
Avez-vous une résidence secondaire? Oui <input type="checkbox"/> Précisez : _____ Non <input type="checkbox"/>			
Endroit : _____			
Fréquence de la fréquentation _____			

Localisation : la maison est située à proximité (distance en temps et en kilomètres)

	Minutes	Kilomètres
Magasin / centre commercial	_____	_____
Services médicaux	_____	_____
Services dentaires	_____	_____
Services religieux (église)	_____	_____
Dépanneur / épicerie	_____	_____
Complexe sportif	_____	_____
Transport public	_____	_____
Transport adapté? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
(vérifier auprès de votre municipalité)		

Existe-t-il dans votre quartier :

	Oui	Précisez	Non	Ne sais pas
des classes spéciales	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un terrain de jeux	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un centre de loisirs	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un centre communautaire	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un centre de jour	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Description

Type d'habitation Maison unifamiliale (cottage) Bungalow Semi-détaché
 Duplex Logements multiples

Superficie de la propriété (excluant le sous-sol) _____

Galerie avant Dimension _____ Nombre de marches _____

Galerie arrière Dimension _____ Nombre de marches _____

Gazebo Garage Piscine Accès contrôlé SPA

Rampe d'accès Cour arrière clôturée Aire de repos

Description de l'intérieur

Nombre de pièces : _____ Nombre d'étages (exclure le sous-sol) _____ Nombre de marches : _____

Nombre d'étages occupés par les usagers : _____

Équipement sanitaire (nombre)

Salle de bain _____ Bain _____ Douche _____ Toilette _____

Dimension de la salle de bain principale _____

Largeur du corridor (si applicable) _____

Les usagers auront-ils accès :

À la salle familiale À la cuisine familiale Au salon

Nombre total de chambres à coucher : _____ Nombre de chambres accessibles aux usagers : _____

	Nombre	Dimensions minimales requises
Chambre pour une personne mobile	_____	100 pieds carrés
Chambre pour personne à mobilité réduite	_____	120 pieds carrés
Largeur des portes	_____	

Éléments de sécurité

Issue d'urgence en cas de feu Oui Non

Veilleuse Rampe Détecteur de fumée Extincteur Escalier de sauvetage
(1 par étage) (1 par étage) (appartement ou condo)

Détecteur de monoxyde de carbone

Armes à feu Entreposées sous clé?

Type de chauffage : Central À l'électricité Fournaise à l'huile ou gaz Poêle à bois

Air conditionné Oui Non

N.B. Le type de chauffage doit être conforme aux normes de sécurité municipales et autres.

ASSURANCE

Votre maison est-elle assurée :

Contre le feu / le vol Montant _____

Avez-vous une assurance responsabilité civile Oui Montant _____ Non

NB : Veuillez inclure une preuve d'assurance en vigueur.

LOISIRS ET PARTICIPATION SOCIALE

Faites-vous partie et à quel titre de divers organismes (club social, association, club sportif, ordre professionnel, etc.)?

Indiquez les loisirs que vous pratiquez.

Qu'offrez-vous comme occupation aux usagers, au foyer et hors du foyer.

Décrivez-nous votre vie sociale.

À quelle fréquence recevez-vous des gens à coucher. Veuillez indiquer la durée.

TRANSPORT

Êtes-vous détenteur d'un permis de conduire valide?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Possédez-vous une auto?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Utiliserez-vous votre auto pour transporter les usagers?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une assurance auto?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Accepteriez-vous de faire adapter votre véhicule pour transporter des usagers en fauteuil roulant?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

HABITUDES DE VIE

Avez-vous des règlements concernant :							
Le lever	Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>	Les rentrées	Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>
Le coucher	Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>	Les sorties	Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des règlements concernant :							
Déjeuner	Oui <input type="checkbox"/>	Heure _____	Non <input type="checkbox"/>				
Dîner	Oui <input type="checkbox"/>	Heure _____	Non <input type="checkbox"/>				
Souper	Oui <input type="checkbox"/>	Heure _____	Non <input type="checkbox"/>				
Pourriez-vous, au besoin, accommoder un régime alimentaire particulier? (ex : allergie alimentaire, végétarien, purée, etc.)					Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Envisagez-vous de prendre vos repas avec les usagers?					Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Accepteriez-vous que les usagers reçoivent de la visite?					Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Accepteriez-vous que les usagers reçoivent leur conjoint à coucher dans leur chambre?					Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Accepteriez-vous que les usagers participent aux tâches domestiques?					Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Accepteriez-vous que les usagers fument?				Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>	
Accepteriez-vous que les usagers fument?				Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous des animaux?				Oui <input type="checkbox"/>	_____	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquels _____							

OFFRE DE SERVICE

Réfléchissez bien à chacune des questions. Discutez-en avec votre conjoint(e) et vos enfants.

Services offerts			
Indiquez le nombre et le type d'utilisateur que vous aimeriez accueillir en marquant plus d'une case si désiré.			
Nombre _____	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Adulte handicapé de 18 ans et plus <input type="checkbox"/>			
Précisez au besoin (ex. : âge) _____			
Désirez-vous un placement à :			
Long terme <input type="checkbox"/>		De répit <input type="checkbox"/>	

Quels services seriez-vous prêts à offrir pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)				
	Aucun	Superviser	Aider	Suppléer
Alimentation (s'alimenter proprement, sans risque d'étouffement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillement (choisir les vêtements, s'habiller, se déshabiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bain/douche (se laver correctement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien de la personne (ongles, raser, peigner, brosser les dents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination (se rendre aux toilettes, enlever les vêtements, utiliser la toilette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert (avoir la mobilité pour les transferts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement (effectuer les déplacements de façon sécuritaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalier (monter et descendre les escaliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsion (agitation fébrile, fugue, impulsivité, irritabilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Émotions (désordre du sommeil, mutisme, obsession, peur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité relationnelle (cruauté, entêtement, hostilité, inhibition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement autodestructeur (automutilation, idées/gestes suicidaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégration (fréquentation et maintien de l'usager dans ses activités d'intégration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie autonome (faire la lessive, faire l'entretien de la maison)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament (distribuer et administrer les médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins (problème de santé, incapacité physique et sensorielle nécessitant des soins particuliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rendez-vous (accompagner l'usager au rendez-vous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilité (soutien requis – aider la personne)

- Transfert Fauteuil roulant Marcher Monter/descendre les escaliers
- Marchette Lit d'hôpital Lève-personne
- Intéressé à adapter le milieu pour fauteuil roulant ou marchette

Communication

- Difficultés importantes de langage (ex. : répond oui et non, vocabulaire limité, prononciation difficile)
- Ne parle pas (ex. : langage gestuel, images)

Comportement

- Troubles de comportements mineurs (ex. : entêtement, faire des gestes menaçants, lamentation, apathie, passivité)
- Troubles de comportements significatifs (ex. : crier de manière continue, se frapper, frapper les autres, langage vulgaire, fugue régulière, automutilation sévère et récurrente comportement sexuel inapproprié)

Type de déficience intellectuelle

- Moyenne Sévère Profonde

Problèmes et soins particuliers

- Double diagnostic (DI/TSA et maladie mentale) Problème(s) de santé physique
- Diète à suivre Allergie ÉpiPen Gestion du diabète
- Oxygène Alimentation entérale Cathétérisme
- Soins de stomie Clapping
- Autre : _____

Identifiez les gens qui font partie de votre réseau social ou familial qui pourraient vous venir en aide advenant l'accomplissement de votre projet et prendre en charge les usagers, dans un délai raisonnable, en votre absence (dans l'heure suivant la demande).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

MOBILITÉ DE LA FAMILLE

Nombre de déménagements : _____ fois en _____ ans

Raison Emploi Promotion Finance Plus d'espace
École Voisinage Parenté
Autres : _____

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Est-ce que vous ou une personne habitant chez vous possèdent des antécédents judiciaires? Oui Non

Si oui, avez-vous obtenu un pardon? Oui Non

NB : (Les postulants doivent nous fournir un formulaire de déclaration relative (une preuve d'absence de casier judiciaire). Des frais d'environ 80 \$ sont demandés pour chaque personne pour qui une demande d'enquête criminelle est effectuée.

Je soussigné(e) certifie que les renseignements donnés sur ma situation sont exacts.

Signature postulant 1

Date

Signature postulant 2

Date

***Toute fausse déclaration ou omission d'information entraîne automatiquement le rejet de la demande.
Toute demande incomplète sera retournée au(x) postulant(s).***

Section réservée

Date de réception de la demande : _____ Par : _____

Demande complète : Oui Non

LEXIQUE

Aider : Apporter une aide partielle à l'utilisateur afin de venir compléter une action, un geste (ex. : laver les bras, les cheveux et les jambes et l'utilisateur lave le reste).

Alimentation entérale (gavage) : Technique d'alimentation artificielle directement au niveau de l'estomac ou de l'intestin par une sonde.

Autres soins d'hygiène : Maquiller, brosser les dents, les cheveux, couper les ongles, raser, changer la serviette sanitaire.

Allergie : Réaction anormale de l'organisme à une substance (réaction cutanée, respiratoire, digestive).

EpiPen : Auto-injecteur destiné à l'administration d'épinéphrine.

Gestion du diabète : Diète à suivre, mesure du taux de glycémie; injection d'insuline.

Problème(s) de santé physique : Épilepsie, diabète, problèmes respiratoires, digestifs, cardiovasculaires, moteurs, de peau, surplus ou perte de poids...

Suppléer : Faire des gestes ou des activités en lieu et à la place de la personne.

Transferts : Du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa.

Utilisation des toilettes : Descendre et/ou monter le vêtement, essuyer la personne, utilisation de matériel (ex. : chaise d'aisance).

Liens utiles :

Documentation générale sur les RI-RTF :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/>

Le cadre de référence RI-RTF :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/>

Le règlement sur la classification :

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%203.1>

Processus de contrôle qualité :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/processus-de-contrôle-de-la-qualité/>