

**FICHE DESCRIPTIVE**  
RÉPIT DÉPANNAGE

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TYPE DE DÉFICIENCE

Commentaires

DI

DP

**PERSONNE RESPONSABLE ET COORDONNÉES**

MILIEU DE VIE : FAMILLE NATURELLE  RTF

RESPONSABLE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE : \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**COMMUNICATION**

LANGUAGE : VERBAL  PICTOGRAMMES  SIGNES:

COMMENTAIRES

AUDITION ADÉQUATE : OUI  NON  \_\_\_\_\_

COMPRÉHENSION ADÉQUATE : OUI  NON  \_\_\_\_\_

**SANTÉ**

DIABÈTE : \_\_\_\_\_ ACCU-CHECK : \_\_\_\_\_ CHOLESTÉROL : \_\_\_\_\_

ÉPILEPSIE : \_\_\_\_\_ CONVULSIONS : \_\_\_\_\_ AUTRES : \_\_\_\_\_

ALLERGIE : \_\_\_\_\_



CHEVEUX : \_\_\_\_\_

BARBE : \_\_\_\_\_

DENTS/PROTHÈSE : \_\_\_\_\_

CULOTTE PROTECTION : \_\_\_\_\_

RÈGLES : \_\_\_\_\_

HABILLEMENT : \_\_\_\_\_

AUTRES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALIMENTATION**

AUTONOMIE :    SEUL     AVEC SURVEILLANCE     AIDE PARTIELLE     AIDE COMPLÈTE

ALLERGIE : \_\_\_\_\_

INTOLÉRANCE : \_\_\_\_\_

DIÈTE : \_\_\_\_\_

REPAS PRÉFÉRÉ : \_\_\_\_\_

REPAS NON AIMÉ : \_\_\_\_\_

COLLATION : \_\_\_\_\_

HYDRATATION : \_\_\_\_\_

AUTRES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SOMMEIL / SIESTE**

DORT BIEN :            OUI             NON

HEURE / ROUTINE AU LEVER : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HEURE / ROUTINE AU COUCHER : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIESTE :            OUI             NON             AM             PM

SUPPORT OU RITUEL : \_\_\_\_\_

## ACTIVITÉS

ACTIVITÉS / SORTIES PRÉFÉRÉES (EN GROUPE ET/OU SEUL) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARTICULARITÉS (LONGUE SORTIE = EN FAUTEUIL ROULANT, MATÉRIEL À APPORTER, ETC.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RESTRICTIONS (BRUIT, FOULE, EAU, VENT, SOLEIL, ETC.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COMPORTEMENT

COMPORTEMENT EN GÉNÉRAL (CALME, AGRESSIF, NERVEUX, SOLITAIRE, ETC.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FACTEURS DÉCLANCHANT UN COMPORTEMENT DE CRISE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMPORTEMENT EN SITUATION DE CRISE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

STRATÉGIES DE CONTRÔLE (TRUCS) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTRES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INTERVENANT

CENTRE DE RÉADAPTATION :      CLAIR FOYER       CR LA MAISON       AUTRE

RESPONSABLE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      POSTE : \_\_\_\_\_

FICHE COMPLÉTÉE PAR : \_\_\_\_\_      DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_