

## Fiche santé

**Faire remplir cette fiche santé autorisant la pratique d'activités physiques par un de ces professionnels de la santé: médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière praticienne. Nous retourner la fiche ORIGINAL ainsi que la fiche Portrait client, si exigée. Le certificat de naissance ORIGINAL ainsi que la carte d'assurance maladie doivent être apportés lors de l'inscription pour bénéficier des coûts préférentiels.**

**Notez bien que cette demande ne constitue pas une acceptation automatique et finale.**

**Adaptavie étudie individuellement chaque demande en fonction de la politique d'accueil et d'accessibilité.**

### Identification (à remplir par le demandeur)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

Code postal: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ (cellulaire): \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe:  Homme  Femme  
 jour / mois / année

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Quelles activités vous intéressent chez Adaptavie: \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
 personne à joindre Téléphone (maison): \_\_\_\_\_ (cellulaire): \_\_\_\_\_

*\* Il est de votre responsabilité de faire parvenir tout changement d'adresse. Un oubli peut entraîner la perte de vos places. \**

**J'autorise mon professionnel de la santé à divulguer à Adaptavie les informations demandées dans ce formulaire. J'autorise Adaptavie à partager l'information de cette fiche avec mes intervenants.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Informations au professionnel de la santé

Les sections qui suivent doivent être remplies par un ou l'autre de ces professionnels de la santé (à cocher):

- Médecin  Infirmière praticienne (IPS)  
 Ergothérapeute  Physiothérapeute

Pour devenir membre d'APAQ, les gens doivent avoir une limitation fonctionnelle permanente. De plus, ils doivent avoir besoin d'installations adaptées ET d'un contenu d'activités adaptées OU d'un encadrement / support pour la réalisation de l'activité.

Afin d'aider notre équipe de spécialistes dans leurs interventions et d'assurer un travail fait en toute sécurité pour nos membres, nous vous demandons de bien vouloir compléter ce formulaire. Celui-ci nous permettra de prescrire des programmes adaptés aux capacités et limites de chacun. Merci de votre collaboration.

**ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES, SVP**

### Diagnostic

Diagnostic principal: \_\_\_\_\_

Cette condition est:  Permanente  Non-permanente

Diagnostic (s) secondaire (s): \_\_\_\_\_

### Antécédents médicaux

#### Problèmes cardio-vasculaires

- Hypertension artérielle  
 AVC  
 Angine  
 Infarctus  
 Autre: \_\_\_\_\_

#### Divers

- Tabagisme  
 Épilepsie  
 Incontinence urinaire  
 Incontinence fécale  
 Autre: \_\_\_\_\_

#### Problèmes métaboliques

- Diabète (type: \_\_\_\_)  
 Dyslipidémie  
 Obésité  
 Autre: \_\_\_\_\_

#### Problèmes infectieux

- Hépatite  
 SRAM  
 Autre: \_\_\_\_\_

#### Problèmes pulmonaires

- MPOC  
 Asthme  
 Emphysème  
 Autre: \_\_\_\_\_

#### Autres / Allergies : \_\_\_\_\_

### Médication actuelle

Joindre un profil pharmacologique si la personne prends des médicaments:

- Voir document joint  Ne prend aucun médicament

**Oublier de joindre le profil pharmacologique peut retarder l'admission du membre.**

## Autonomie fonctionnelle

Comment la personne se déplace-t-elle ?

- Personne ambulante                       Avec une canne                       Avec une marchette  
 En fauteuil roulant manuel               En fauteuil motorisé                       Autre: \_\_\_\_\_

Est-ce que la personne a des installations adaptées à son domicile ?

- Oui               Non

Si oui, lesquelles: \_\_\_\_\_

Dans son quotidien, est-ce que la personne a besoin d'aide pour:

- Déplacements / orientation               Hygiène et soins personnels               S'habiller  
 Support pour réaliser une activité               Toilettes                       Manger  
 Autres: \_\_\_\_\_

Sur lequel (lesquels) de ces points, la personne n'est pas du tout autonome : \_\_\_\_\_

Quel est le niveau de fatigabilité de la personne ?

- Élevé                       Modéré                       Faible

Pour pratiquer une activité physique, jugez-vous que cette personne nécessite des:

- Activités adaptées ?                       Installations adaptées ?

## Contre-indications

À votre avis, est-ce qu'il y a des contre-indications médicales à ce que cette personne pratique des activités physiques ?

- Oui               Non

Si oui, quelles sont ces contre-indications ? \_\_\_\_\_

## Test à l'effort

Jugeriez-vous pertinent que cette personne passe un test d'effort adapté (évaluation de la capacité cardio-respiratoire) sous supervision médicale ? Ce service, couvert par la RAMQ, est offert à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) en partenariat avec Adaptavie Inc.               Oui               Non

Est-ce que la personne en a déjà passé un ?               Oui               Non

Si oui, quelles sont les recommandations découlant de ce test : \_\_\_\_\_

## Identification du professionnel de la santé

Nom du professionnel | \_\_\_\_\_

- Médecin                       Infirmière praticienne (IPS)  
 Ergothérapeute                       Physiothérapeute

Nom de la clinique: \_\_\_\_\_

Adresse de la clinique: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Signature du professionnel: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Numéro de pratique: \_\_\_\_\_

### Réservé à l'administration d'Adaptavie

Date de réception de la fiche de santé: \_\_\_\_\_ Acceptation:               Oui               Non

Documents reçus:               Fiche de santé               Profil pharmacologique               Fiche Portrait client               Photo  
    Carte d'assurance maladie                       Certificat de naissance

Commentaires: \_\_\_\_\_

Suivi: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Suivi: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature du responsable: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_