

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 ORIGINALE 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: ____/____/____
jour / mois / année

Sexe: Homme Femme

Numéro d'assurance maladie: _____

Quelles activités vous intéressent chez Adaptavie: _____

En cas d'urgence, personne (en lien avec la personne) à joindre	Nom: _____	Courriel: _____
	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):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne (IPS) |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute |

Pour devenir membre d'Adaptavie, 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: _____

Problèmes métaboliques

- Diabète (type:____)
- Dyslipidémie
- Obésité
- Autre: _____

Problèmes pulmonaires

- MPOC
- Asthme
- Emphysème
- Autre: _____

Divers

- Tabagisme
- Épilepsie
- Incontinence urinaire
- Incontinence fécale
- Autre: _____

Problèmes infectieux

- Hépatite
- SRAM
- 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 de la personne.

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 ? Encadrement ou support d'un intervenant

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 est offert à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec en partenariat avec Adaptavie.

- 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 Certificat de naissance Fiche Portrait client
 Carte d'assurance maladie Profil pharmacologique Photo

Commentaires: _____

Suivi: _____ Date: _____

Suivi: _____ Date: _____

Signature du responsable: _____ Date: _____