

## FICHE SANTÉ

Pour faire une demande d'adhésion à Adaptavie, compléter la fiche santé, la faire signer par un professionnel de la santé, joindre les autres documents requis (voir liste de vérification p.3) et faire parvenir le tout au secrétariat d'Adaptavie pour approbation.

Adaptavie inc.  
525, boul. Hamel Est, local F-122  
Québec (Québec) G1M 2S8

Cette demande ne constitue pas une acceptation automatique et finale. Chaque demande est étudiée individuellement en fonction de la politique d'accueil de l'organisme.

### Renseignements personnels

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Tél. résidence :	Cellulaire :
Courriel :	Date de naissance :
Numéro ass. maladie :	Sexe :    H       F       Non-spécifié

### Personne à joindre en cas d'urgence

Nom :	Prénom :
Tél. résidence :	Cellulaire :
Lien avec la personne :	Courriel :

Pour devenir membre d'Adaptavie, la personne doit avoir une **limitation fonctionnelle permanente** qui fait en sorte qu'elle a besoin d'installations adaptées ET d'un contenu d'activités adaptées OU d'encadrement/support pour la réalisation de l'activité.

### Informations médicales

Diagnostic principal :		
Cette condition est :    Permanente                      Temporaire		
Diagnostic(s) secondaire(s) :		
Maladies pulmonaires :	Antécédents cardio-vasculaires :	Maladies infectieuses :
MPOC	AVC	SRAM
Emphysème	Angine	Hépatite
Asthme	Infarctus	VIH
Autre :	Autre :	Autre :

<b>Problèmes métaboliques :</b> Hypercholestérolémie Diabète type 2 Hypertension artérielle Obésité	<b>Divers :</b> Incontinence urinaire Incontinence fécale Épilepsie Diabète type 1	Chute de pression Antécédent de chute Trouble du langage Trouble cognitif
Allergies:    Non        Oui Précisez :		
Commentaires ou précisions sur les informations médicales :		

**Autonomie fonctionnelle**

	Seul	Aide verbale	Aide physique
Alimentation			
Hygiène et soins personnels			
Habillement			
Toilettes			
Déplacements/orientation			
La personne a-t-elle des installations adaptées à son domicile? Non    Oui :			
Commentaires ou précisions sur l'autonomie fonctionnelle :			

**Communication**

Paroles    Gestes    Tableau de communication    LSQ    Français signé    Pictos Précisions :
--

**Déplacements**

Personne ambulante    Fauteuil manuel    Fauteuil motorisé    Déambulateur    Canne Précisions :
La personne utilise-t-elle le transport adapté?    Non    Oui #STAC :

**Besoins particuliers pour la réalisation d'activité physique**

Installations adaptées    Activités adaptées    Encadrement ou support d'un intervenant
---

**Médication**

Liste des médicaments :	Voir document joint	Ne prend aucun médicament
-------------------------	---------------------	---------------------------

*Oublier de joindre le profil pharmacologique peut retarder l'admission de la personne.*

### Restrictions à l'activité physique

Y a-t-il des restrictions à ce que cette personne pratique de l'activité physique?	Oui	Non
Si oui, lesquelles :		

*Si la personne a déjà passé un test à l'effort, merci de joindre les résultats à ce document.*

En signant la présente fiche, le professionnel de la santé atteste que les renseignements s'y trouvant sont exacts.

### Identification du professionnel de la santé

Nom :	Prénom :
Profession :	
Établissement :	
Tél. :	Courriel :

*Signature*

*Date*

### Autre professionnel à inscrire au dossier

Nom :	Prénom :
Profession :	
Établissement :	
Tél. :	Courriel :

Veuillez joindre les documents suivants à votre demande :

#### Documents obligatoires

Profil Pharmacologique  
Certificat de naissance (16 ans et +)  
Fiche portrait client\*

#### À joindre si disponible

Plan d'intervention  
Programme d'entraînement antérieur  
Résultats de test à l'effort

*\*La fiche portrait client est obligatoire pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du comportement ou étant âgé de 21 ans et moins.*

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et j'autorise Adaptavie à les partager à mes intervenants.

*Signature du demandeur ou de son tuteur*

*Date*

Date de réception :
Notes :