

**Mon plan de soutien  
Services d'intégration communautaire  
des personnes handicapées**

Date de réalisation : \_\_\_\_\_

Date de révision (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Rempli par : \_\_\_\_\_

**MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

<b>Nom :</b>				<b>Date de naissance :</b>	
<b>Adresse :</b>				<b>Téléphone :</b>	
<b>Type de résidence :</b>				<b>Date d'emménagement :</b>	
<b>Gestionnaire ou superviseur :</b>					
<b>Capacité juridique :</b>	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Biens <input type="checkbox"/> Soins Personnels Comment la personne est-elle soutenue pour prendre ses propres décisions?  <input type="checkbox"/> Subrogé <input type="checkbox"/> Biens <input type="checkbox"/> Soins personnels <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Biens <input type="checkbox"/> Soins personnels <u>ou</u> <input type="checkbox"/> Mandataire Nom : Adresse : Téléphone : Date d'échéance : Quels pouvoirs ont été désignés?				
<b>Commission des services de santé du Manitoba :</b>		<b>Numéro d'identification personnel :</b>		<b>Numéro d'assurance sociale :</b>	
<b>Aide à l'emploi et au revenu :</b>		<b>Traité :</b>		<b>Autre :</b>	
<b>Parent le plus proche : Nom :</b>			<b>Travailleur des services communautaires : Nom :</b>		
<b>Adresse :</b>		<b>Adresse :</b>			
<b>Téléphone :</b>		<b>Téléphone :</b>			
<b>Aide à l'emploi et au revenu :</b>		<b>Nom :</b>	<b>Autre soutien : Nom :</b>		
<b>Adresse :</b>		<b>Adresse :</b>			
<b>Téléphone :</b>		<b>Téléphone :</b>			

<b>Date du dernier plan centré sur la personne :</b>		<b>Date du dernier plan financier :</b>	
Au dossier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Au dossier : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

### Mon emploi, programme de jour ou établissement scolaire

Nom de l'employeur ou du programme :

Adresse :

Téléphone :

Type d'emploi ou de programme :

Superviseur :

Date de début :

Transport :

### APPRENDRE À ME CONNAÎTRE

### Mes points forts et mes centres d'intérêt

### Habitudes quotidiennes

### Personnes qui comptent pour moi

### Mes aptitudes à communiquer

## INFORMATION IMPORTANTE CONCERNANT MA SANTÉ

### Professionnels de la santé

Médecin :	Dentiste :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Dernier rendez-vous :	Dernier rendez-vous :
Prochain rendez-vous :	Prochain rendez-vous :
Audiographe :	Ophthalmodiagraphe :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Dernier rendez-vous :	Dernier rendez-vous :
Prochain rendez-vous :	Prochain rendez-vous :

Neurologue :	Psychiatre :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :
Dernier rendez-vous :	Dernier rendez-vous :
Prochain rendez-vous :	Prochain rendez-vous :
Pharmacie :	Autre :
Téléphone :	
Adresse :	
Téléc. :	

### Mon état de santé

### Mes antécédents médicaux

### Ma consommation de médicaments

Dossier d'administration médicale requis

S.O.  OUI  AU DOSSIER

### Protocoles médicaux

Protocole de crise requis

S.O.  OUI  AU DOSSIER

Protocole PRN requis

S.O.  OUI  AU DOSSIER

**Plan de soins de santé/plan de délégation du personnel infirmier**

**Autre \_\_\_\_\_**

S.O.    OUI

AU DOSSIER

S.O.    OUI

AU DOSSIER

**Allergies/réactions allergiques**

## INFORMATION IMPORTANTE POUR MES SOINS PERSONNELS ET MES

## Capacités physiques et mobilité

## Matériel requis

## Physiothérapie et ergothérapie

Évaluation en ergothérapie requise

 S.O.  OUI  AU DOSSIER

Date \_\_\_\_\_

Détails :

Évaluation en physiothérapie requise

 S.O.  OUI  AU DOSSIER

Date \_\_\_\_\_

Détails :

## Alimentation, régime alimentaire et nutrition

Plans/protocoles pertinents requis

 S.O.  OUI  AU DOSSIER

## Bain

## Toilette

## Autres habitudes de soins personnels

## Habillage

## Soins buccaux

**Soins de la peau**

**Sommeil**

**Finances**

**SOUTENIR MA SÉCURITÉ ET MON AUTONOMIE**

**Soutenir l'autonomie à domicile**

**Plan de soutien individualisé requis**       **S.O.**     **OUI**     **AU DOSSIER**

**Soutenir l'autonomie dans la collectivité**

**Plan d'accès communautaire requis**       **S.O.**     **OUI**     **AU DOSSIER**  
**Protocole relatif aux personnes disparues requis**       **S.O.**     **OUI**     **AU DOSSIER**

**Défis liés au soutien**

**Plan de soutien comportemental requis**       **S.O.**     **OUI**     **AU DOSSIER**  
**Pratiques restrictives/plan de restriction requis**       **S.O.**     **OUI**     **AU DOSSIER**

**Situation d'urgence**

**Plan de crise requis**       **S.O.**     **OUI**     **AU DOSSIER**

## REGISTRE DES SIGNATURES

**En apposant votre signature ci-dessous, vous indiquez que vous avez lu le plan de soutien ci-joint et que vous en comprenez le contenu.**

**Il est de votre responsabilité de vous assurer que vous disposez de tous les renseignements nécessaires pour bien comprendre comment le soutien est apporté à une personne.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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