FSWC Québec

Formulaire de demande d'inscription pour le programme pour enfants

Dans le but de fournir le programme le plus sûr et le plus efficace, le Centre québécois d'entraînement adapté FSWC exige que tous les clients remplissent cette demande. Les informations qui y sont contenues resteront confidentielles.

Veuillez remplir la demande et l'envoyer à:
admission@fswcquebec.ca

Après l'examen de votre candidature, notre bureau vous contactera par courriel ou par téléphone. Le fait de remplir cette demande ne garantit pas votre participation à notre programme.

Information du client

Nom du client :_____ Date de naissance (JJ/MM/A):_____

Genre: _____ Adresse: _____

Ville:_____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone fixe: _____ Téléphone portable: _____

Informations sur le parent/tuteur (si différentes de celles ci-dessus)

Nom:_____ Adresse courriel (requise):_____

Adresse :_____Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____ Téléphone fixe: _____ Téléphone portable:_____

Relation avec le client: _____

Personne de contact supplémentaire : _____ Téléphone: _____

Médecin de soins primaires: _____Spécialiste(s): _____

Diagnostic principal: _____Thérapie actuellement reçue:_____

_____

Antécédents médicaux

1. Historique de la naissance (durée de gestation): _____

2. Diagnostics (énumérez-les tous) : _____

_____

3. Énumérez tous les médicaments que votre enfant prend et la raison pour laquelle il les prend : _____

_____

_____

_____

_____

4. Antécédents médicaux/chirurgicaux:

Allergies:_____

Injections de Botox/Phénol (dates) : _____

Plâtre contraignant/changement fréquent de plâtre (dates) :_____

Fractures (endroits/dates):_____

Rhizotomie (date): _____

Allongement musculaire (endroit/dates) : _____

_____

Convulsions (gravité et date de la dernière):_____

Problèmes cardiaques/hypertension/ chirurgies cardiaques :_____

Problèmes respiratoires/problèmes reliés aux poumons (votre enfant est-il sous moniteur ou sous oxygène? Trachéotomie? Asthme?)

_____

Diabète (insuline?) _____

Perte de sensibilité/sensation (endroit):_____

Scoliose (endroit/degré) : _____

Vision/audition: _____ lunettes:_____ appareils auditifs: _____

_____

Shunts (hydrocéphalie) : _____

Tube de gavage/problèmes d'alimentation/restrictions :_____

_____

Problèmes rénaux (cathétérisé?) : _____

Médicaments :_____

_____

Autre: _____

5. Capacités de l'enfant (vérifiez ce que votre enfant peut faire et l'âge à laquelle il a commencé):

- ____ mois/ans - Rouler de façon indépendante
- ____ mois/ans - S'asseoir de façon indépendante
- ____ mois/ans - S'asseoir de façon indépendante de la position couchée
- ____ mois/ans - Marcher à quatre pattes
- ____ mois/ans - Se lever se tenir debout: _____ en étant soutenu _____ façon indépendante
- ____ mois/ans - Marcher: _____ en tenant les mains _____ façon indépendante
- Autre :_____

6. Énumérez tout équipement médical que votre enfant utilise (comme des appareils orthopédiques, des attelles, des supports, des déambulateurs (quels types?), des béquilles, des cannes, des fauteuils roulants, etc.:

_____

_____

7. Comment communiquez-vous avec votre enfant/comment communique-t-il avec vous ? _____

_____

Votre enfant peut-il suivre les commandes en une étape ? ☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non

Votre enfant peut-il suivre les commandes en 2 étapes ? (par exemple: d'abord…, puis…) ☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non

Votre enfant peut-il suivre des commandes complexes ? ☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non

Votre enfant est-il capable de bouger les parties de son corps (par exemple, les bras, les jambes, la tête) sur demande ? ☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non

8. Qu'est-ce qui motive votre enfant (par exemple: jouets préférés, bulles, télévision, éloges/félicitations)_____

_____

9. Quels sont les objectifs du patient/de la famille envers le programme de thérapie intensive ? _____

_____

_____

10. Pourquoi pensez-vous que c'est un moment approprié pour que votre enfant suive un programme intensif ? _____

_____

11. Votre enfant s'est-il déjà vu refuser une thérapie dans une clinique qui dispense une thérapie intensive ? ☐ Oui ☐ Non

(Si oui, expliquez quand et pourquoi) _____

_____

12. Quelles sont les caractéristiques de votre enfant?:

Taille: _____ pouces Poids: _____ lbs Pointure: _____

Circonférence (mesures) de :

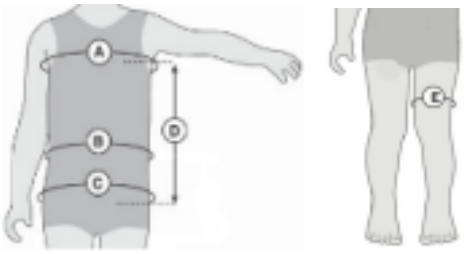
A. Poitrine: _____ pouces

B. Taille: _____ pouces

C. Hanches: _____ pouces

D. Longueur des aisselles à la hanche: _____ pouces

E. Cuisse (milieu): _____ pouces



13. Notre programme intensif est conçu pour répondre aux besoins individuels de l'enfant. À partir du mois d'octobre, nous allons avoir de la disponibilité pour offrir 14.5 heures/semaine de sessions, pendant quatre semaines (*voir les plages horaires disponibles ci-bas). Le nombre d'heures du programme peut être réduit en fonction des besoins et/ou l'âge de l'enfant même après que votre enfant commence à suivre notre programme. (ex. 1 à 2 heures par jour pour un enfant de moins de 3 ans). Le nombre de semaines pourra aussi être réduit ou prolongé, mais nous devons le décider avant le début de votre programme.

*Plages horaires disponibles sont:
lundi, mardi 13:00-16:00, mercredi 14:30-17:00, jeudi: 13:30-16:30 vendredi 9:00-12:00

13-1. Est-ce que vous voulez commencer le programme dès le mois d'octobre si nous vous confirmons l'acceptation de votre demande d'inscription 3 semaines en avance?

☐ oui (répondez à la question 13-2.) ☐ non (répondez à la question 14)

13-2. Si oui, est-ce qu'il vous est possible de venir sur toutes les plages horaires mentionnées ci-haut?

☐ oui pour 4 semaines ☐ oui pour _____ semaines ☐ non (répondez à la question 13.3)

13.3. Si vous répondez 'non' à la question 13-2, expliquez-nous les plages horaires et le nombre de semaines préférables pour vous.(ex. pour les enfants en bas de 3 ans, nous vous suggérons 2 heures max/session). Théoriquement, il est possible de séparer en deux blocs, un matin et un autre dans l'après-midi pour faire le total de 3 heures à 4 heures/jour. Mais pour le moment, nous n'avons pas de plage disponible dans l'avant-midi.

_____
_____
_____
_____
_____

14. Si vous répondez 'non' à la question 13.-1, à quel moment aimeriez- vous commencer ?

_____

15. Si vous êtes disponible aussi les fins de semaine, décrivez les détails d'information sur vos disponibilités.

_____
_____
_____
_____
_____

16. Commentaires

_____
_____
_____
_____
_____

Lorsque nous recevrons votre demande dûment remplie, elle fera l'objet d'une vérification par notre équipe de thérapeutes. Vous serez informé du résultat et le processus de planification des calendriers commencera selon les disponibilités de nos thérapeutes.

S'il y a des disponibilités pour votre enfant, nous vous enverrons un certificat à faire signer par le médecin de votre enfant. Vous devez avoir son autorisation, basée sur l'état de santé actuel de votre enfant et indiquant que votre enfant peut participer à notre programme intensif. Un rapport et la date de la radiographie de la hanche doit être fourni, si son médecin juge qu'il y a un risque de subluxation de la hanche.

<u>Coût</u>

Veuillez comprendre que le coût pour offrir notre programme est de 125$/heure pour l'année 2022.
Comme vous le savez déjà, nous sommes un organisme de bienfaisance qui valorise l'importance de l'accessibilité envers des services professionnels à un coût le plus abordable possible permettant aux personnes intéressées de pouvoir bénéficier de nos services de façon intensive, à long terme selon l'objectif de chacun.

Grâce aux dons de fondations, d'entreprises et de donateurs individuels que nous avons amassés avec l'équipe de bénévoles durant notre campagne de financement, nous pouvons offrir le service à 40$/heure frais assumés par les résidents du Québec, pour 2022 qui est à 30% du coût réel de 125$/heure. Car ces dons proviennent majoritairement du Québec.

Pour compenser le 70% de différence entre le coût assumé par le client et le coût réel, nous allons soit facturer au tiers, tels que des compagnies d'assurances privées, des régimes de santé, le montant le plus près du coût réel ou utiliser les dons collectés.

Pour ceux qui ont des couvertures d'assurance pour le service de **kinésiologie**, nous utilisons une formule de calcul pour établir le montant facturable, selon le plateau maximum du programme de couverture de chaque client. Avec cette formule, après que les clients sont remboursés par des tiers, le montant qu'ils devront débourser ne dépassera jamais 40$/heure. De cette façon, cela nous permet de recevoir des tiers le montant le plus près du coût réel pour aider notre pérennité qui est très importante pour pouvoir continuer à offrir le service à un coût abordable.

Notre organisme bénéficie du soutien de nombreux bénévoles qui acceptent de donner de leur temps à la cause pour couvrir toutes les tâches administratives.