

GRILLE DE RÉFÉRENCE

AUTORISATION LÉGALE

NOM DU CANDIDAT : _____ N.A.M.: _____

Par la présente, j'autorise _____ et/ou _____
à fournir à ÉQUITRAVAIL les renseignements demandés pour constituer mon dossier.

Signature _____ date: _____ 20 ____

HISTORIQUE MÉDICAL

Depuis quand suivez-vous ce client ? _____

Type et fréquence du suivi : _____

NATURE DE LA DÉFICIENCE - COCHEZ LA OU LES CASES APPROPRIÉES

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> du psychisme | <input type="checkbox"/> auditive | <input type="checkbox"/> organique | <input type="checkbox"/> de la parole et du langage |
| <input type="checkbox"/> intellectuelle | <input type="checkbox"/> visuelle | <input type="checkbox"/> motrice | <input type="checkbox"/> autres _____ |

Diagnostic :

Axe I : _____

Axe II : _____

Axe III : _____

Axe IV : _____ Axe V : _____

Le diagnostic a-t-il été émis par un psychiatre : oui non

Année du diagnostic : _____ Nom du psychiatre : _____

Établissement : _____

MÉDICATION

La personne prend-t-elle une médication ? oui non

Médication actuelle : _____

Y a-t-il des effets secondaires à la médication ? oui non

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Sudation | <input type="checkbox"/> Étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Ralentissement psychomoteur | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> _____ |

Nom du Candidat : _____ N.A.M. : _____

La personne a-t-elle déjà été hospitalisée : oui non

Le nombre d'hospitalisation : _____

Date de la dernière hospitalisation liée à la déficience :

Mois _____ Année _____ Hôpital : _____

LES DIFFICULTÉS

Le client éprouve une (des) difficulté(s) importante(s) à :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> résister au stress | <input type="checkbox"/> écrire |
| <input type="checkbox"/> se concentrer | <input type="checkbox"/> lire |
| <input type="checkbox"/> mémoriser | <input type="checkbox"/> résister physiquement à l'effort |
| <input type="checkbox"/> parler - communiquer | <input type="checkbox"/> manipuler des objets |
| <input type="checkbox"/> comprendre un message | <input type="checkbox"/> se déplacer |
| <input type="checkbox"/> contrôler ses émotions | <input type="checkbox"/> coordonner ses mouvements |
| <input type="checkbox"/> être avec d'autres personnes | <input type="checkbox"/> garder l'équilibre |

La personne a-t-elle ou aurait-elle besoin d'un suivi psychosocial relié à ses incapacités ?

oui non Précisez: _____

Si le projet de la personne est un retour aux études, quelles sont vos recommandations :

Êtes-vous favorable ? oui non, précisez _____

Niveau : Secondaire Collégial Universitaire

Temps plein Temps partiel De jour De soir

Pour une intégration en emploi immédiatement ou après un retour aux études, quelles sont vos recommandations :

Temps plein/ Temps partiel (nombre d'heures par semaine : _____)

De jour/ De soir/ De nuit RAISON : _____

Travail en groupe (relation) : oui non _____

Travail sous pression : oui non _____

Tâches physiques : oui non _____

Tâches intellectuelles : oui non _____

Tâches répétitives : oui non _____

Encadrement et suivi soutenus : oui non _____

Tâches nécessitant de la polyvalence : oui non _____

Postes à responsabilités restreintes : oui non _____

Nom du Candidat : _____ N.A.M. : _____

Considérez-vous cette personne **apte** et **motivée** à occuper un **emploi salarié** présentement ?

oui **non**

Devrait-elle se donner d'autres priorités avant d'intégrer le marché du travail ?

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Santé psychique | <input type="checkbox"/> Habiletés sociales | <input type="checkbox"/> AVD/AVQ |
| <input type="checkbox"/> Santé physique | <input type="checkbox"/> Logement | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Revenu minimum | <input type="checkbox"/> Occupationnelle | <input type="checkbox"/> _____ |

Le(s) type(s) d'emploi(s) souhaitable(s) : _____

Quels sont les **points forts de cette personne** en lien avec son intégration au travail :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ponctualité | <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Diplomatie |
| <input type="checkbox"/> Assiduité | <input type="checkbox"/> Minutie | <input type="checkbox"/> Sens de l'initiative |
| <input type="checkbox"/> Relations de travail | <input type="checkbox"/> Honnêteté | <input type="checkbox"/> Discrétion |
| <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation | <input type="checkbox"/> Résistance au stress | <input type="checkbox"/> Vitesse d'exécution |
| <input type="checkbox"/> Esprit d'équipe | <input type="checkbox"/> Flexibilité | <input type="checkbox"/> Habiletés manuelles |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Respect des directives | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | <input type="checkbox"/> Respect de l'autorité | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Discipline | <input type="checkbox"/> Persévérance | <input type="checkbox"/> _____ |

Quels sont les **points à améliorer** en lien avec son intégration au travail :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ponctualité | <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Assiduité | <input type="checkbox"/> Minutie | <input type="checkbox"/> Discipline |
| <input type="checkbox"/> Relations de travail | <input type="checkbox"/> Honnêteté | <input type="checkbox"/> Diplomatie |
| <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation | <input type="checkbox"/> Résistance au stress | <input type="checkbox"/> Sens de l'initiative |
| <input type="checkbox"/> Esprit d'équipe | <input type="checkbox"/> Flexibilité | <input type="checkbox"/> Discrétion |
| <input type="checkbox"/> Hygiène | <input type="checkbox"/> Respect des directives | <input type="checkbox"/> Habiletés manuelles |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Respect de l'autorité | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Vitesse d'exécution | <input type="checkbox"/> Persévérance | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Capacité d'adaptation | | <input type="checkbox"/> _____ |

Y a-t-il d'autres éléments dans la vie de la personne qui devraient être pris en considération lors de la démarche d'intégration de celle-ci ?

Nom du Candidat : _____ N.A.M. : _____

Les informations recueillies dans ce document sont utilisées pour :

- S'assurer que la personne est admissible à nos services
- Avoir vos recommandations en lien avec son projet d'intégration en emploi en emploi ou de retour aux études
- Afin de vérifier si elle est admissible à certains programmes d'aide à l'intégration en emploi
- Pour assurer une collaboration avec les professionnels gravitant autour de la personne intéressée par nos services

Ce document pourra être transmis à Emploi-Québec afin de déposer la candidature du participant à certains programmes d'aide à l'intégration en emploi (Programme de subvention aux entreprises adaptées, Subvention salariale pour personnes handicapées, Contrat d'intégration au travail).

NOM : _____ PROFESSION : _____

NUMÉRO DE PERMIS : _____ ÉTABLISSEMENT : _____

TÉLÉPHONE : _____

SIGNATURE : _____ date : _____ 20 _____

Nom du Candidat : _____

ANNEXE
PROFIL PSYCHOSOCIAL

Bref historique social :

Profil actuel

Problème de réadaptation (comportement résiduel)

Traits de personnalité importants à nous être signalés (problème de comportement, réaction éventuelle de la personne face à des situations données etc.)

NOM : _____ PROFESSION : _____

ÉTABLISSEMENT : _____ TÉLÉPHONE : _____

SIGNATURE : _____ date : _____ 20____

Toute l'équipe d'ÉquiTravail vous remercie pour cette
précieuse collaboration !

The logo for ÉquiTravail features the word 'Équi' in a grey, sans-serif font and 'Travail' in a red, sans-serif font. The 'i' in 'Équi' has a horizontal bar extending to the right, and the 'i' in 'Travail' has a horizontal bar extending to the left, creating a visual connection between the two parts of the name.

210, boul. Charest Est, 6^{ème} étage
Québec (Québec) G1K 3H1
Tél. (418) 529-5557
Fax (418) 529-5160
equi@equitravail.com