

ÉVALUATION DES BESOINS PA AUTISM

Merci de remplir cette enquête. Étant donné que la plupart des répondants seront les parents / tuteurs, nous désignerons la personne autiste « votre enfant ». Le terme autisme est utilisé pour désigner les troubles du spectre autistique (TSA). Veuillez remplir cette enquête pour votre enfant le plus âgé atteint d'autisme. Marquez un seul choix de réponse par question sauf indication contraire. Veuillez contacter ASERT Collaborative à l'adresse info@paautism.org ou le 1-877-231-4244 pour toute question.

Section 1		
Veillez vous identifier.		
<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Parent adoptif <input type="checkbox"/> Autre
Êtes-vous le tuteur légal de votre enfant atteint d'autisme ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre statut matrimonial actuel ?		
<input type="checkbox"/> Marié(e) à/vivant avec l'autre parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> Marié(e) à/vivant avec une personne autre que l'autre parent de l'enfant	<input type="checkbox"/> N'a jamais été marié(e) <input type="checkbox"/> En séparation / divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Veuf/veuve		<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Quelle est votre race / ethnie ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.		
<input type="checkbox"/> Indien Américain ou Autochtone d'Alaska	<input type="checkbox"/> Noir ou Africain Américain	<input type="checkbox"/> Coréen
<input type="checkbox"/> Indien d'Asie	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï
<input type="checkbox"/> Caucasien / Européen Américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien
<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino		<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Japonais		<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Quelle est la race / l'ethnie de votre enfant ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.		
<input type="checkbox"/> Indien Américain ou Autochtone d'Alaska	<input type="checkbox"/> Noir ou Africain Américain	<input type="checkbox"/> Coréen
<input type="checkbox"/> Indien d'Asie	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï
<input type="checkbox"/> Caucasien / Européen Américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien
<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino		<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Japonais		<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Quel est votre code postal à 5 chiffres ?		
Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez atteint ?		
<input type="checkbox"/> Niveau minimum de scolarité, mais n'a pas terminé ses études secondaires	<input type="checkbox"/> Quelques cours à l'université <input type="checkbox"/> Diplôme d'associé	<input type="checkbox"/> Professionnel ou doctoral Diplôme après le Master (Par ex. MD, DDS, DVM, PhD)
<input type="checkbox"/> Diplôme de l'enseignement secondaire	<input type="checkbox"/> Licence	
<input type="checkbox"/> Enseignement professionnel / technique	<input type="checkbox"/> Master	
Quelle année et quel mois votre enfant est-il né ?		
Mois de naissance (MM)	Année de naissance (AAAA)	
Quel est le sexe de votre enfant ?		
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre
Votre enfant est-il adopté ?		
<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Oui. Quel âge avait votre enfant lorsque vous l'avez adopté ?		
Combien de frères compte votre enfant atteint d'autisme ? (Inclure les frères et sœurs par alliance, les demi-frères ou demi-sœurs, etc.)		
Combien de ces frères et sœurs ont également reçu un diagnostic d'autisme ?		

Lequel des montants suivants se rapproche le plus du revenu annuel de votre ménage ?		
<input type="checkbox"/> 0-10 000 dollars	<input type="checkbox"/> 40 001-50 000 dollars	<input type="checkbox"/> 80 001-90 000 dollars
<input type="checkbox"/> 10 001-20 000 dollars	<input type="checkbox"/> 50 001-60 000 dollars	<input type="checkbox"/> 90 001-100 000 dollars
<input type="checkbox"/> 20 001-30 000 dollars	<input type="checkbox"/> 60 001-70 000 dollars	<input type="checkbox"/> Plus de 100 000 dollars
<input type="checkbox"/> 30 001-40 000 dollars	<input type="checkbox"/> 70 001-80 000	
Section 2		
Comparativement à il y a 12 mois, diriez-vous que la santé générale de votre enfant atteint d'autisme est :		
<input type="checkbox"/> Meilleure	<input type="checkbox"/> Pire	<input type="checkbox"/> La même
Veuillez expliquer votre choix :		
À combien de temps environ remonte la dernière visite de votre enfant chez le dentiste ? <i>(Inclure tous les types de professionnels dentaires / spécialistes, tels que les orthodontistes, les chirurgiens stomatologistes et les hygiénistes dentaires.)</i>		
<input type="checkbox"/> Il y a moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> Il y a 6 mois à 1 an	<input type="checkbox"/> Il y a plus d'1 an
À combien de temps environ remonte le dernier examen de routine de votre enfant chez le médecin ? <i>(Un examen de routine est un examen clinique général, et non un examen portant sur une blessure, une maladie ou un état spécifique.)</i>		
<input type="checkbox"/> Il y a moins de 6 mois	<input type="checkbox"/> Il y a 6 mois à 1 an	<input type="checkbox"/> Il y a plus d'1 an
Votre enfant atteint d'autisme prend-il actuellement des médicaments prescrits autres que les vitamines ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain
Si oui, veuillez énumérer les médicaments actuellement prescrits à votre enfant.		
Section 3		
L'accès à une évaluation diagnostique de l'autisme pour votre enfant était...		
<input type="checkbox"/> Très facile	<input type="checkbox"/> Assez facile	<input type="checkbox"/> Assez difficile
<input type="checkbox"/> Très difficile	<input type="checkbox"/> Sans objet	
Si « Assez difficile » ou « Très difficile », qu'est-ce qui a rendu l'accès à une évaluation difficile ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>		
<input type="checkbox"/> Difficulté à trouver un médecin / professionnel	<input type="checkbox"/> Manque de couverture maladie	<input type="checkbox"/> Manque de services de garde d'enfants
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Problèmes de planification	<input type="checkbox"/> Barrière linguistique / manque de traducteurs / trices
<input type="checkbox"/> Fourniture d'une orientation	<input type="checkbox"/> Coût / quote-part	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Temps d'attente long	
Votre enfant a-t-il reçu un des diagnostics suivants avant de recevoir son diagnostic d'autisme ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>		
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel (autrefois appelé retard mental)	
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	
<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)	
<input type="checkbox"/> Trouble du traitement auditif central (TTAC)	<input type="checkbox"/> Trouble schizophrénique ou autre trouble psychotique	
<input type="checkbox"/> Trouble des conduites (TC)	<input type="checkbox"/> Crises épileptiques / convulsions / épilepsie	
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de l'intégration sensorielle	

<input type="checkbox"/> Retard du développement	<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> Troubles liés à la toxicomanie	
<input type="checkbox"/> Syllonomie	<input type="checkbox"/> Aucun	
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Autre _____	
Votre enfant atteint d'autisme a-t-il reçu un des diagnostics suivants ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>		
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel (<i>autrefois appelé retard mental</i>)	
<input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)	<input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	
<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)	
<input type="checkbox"/> Trouble du traitement auditif central (TTAC)	<input type="checkbox"/> Trouble schizophrénique ou autre trouble psychotique	
<input type="checkbox"/> Trouble des conduites (TC)	<input type="checkbox"/> Crises épileptiques / convulsions / épilepsie	
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de l'intégration sensorielle	
<input type="checkbox"/> Retard du développement	<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	
<input type="checkbox"/> Déficience auditive	<input type="checkbox"/> Troubles liés à la toxicomanie	
<input type="checkbox"/> Syllonomie	<input type="checkbox"/> Aucun	
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Autre _____	
Quel type de professionnel a diagnostiqué votre enfant atteint d'autisme pour la première fois ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>		
<input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste (médecin de famille / pédiatre)	<input type="checkbox"/> Pas certain
<input type="checkbox"/> Neurologue		<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/> Psychologue	
Quel âge avait votre enfant quand il/elle recevait un diagnostic d'autisme ?		
<input type="checkbox"/> Âge _____	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)	
Après que votre enfant a reçu un diagnostic d'autisme, de quels suivis et ressources/services avez-vous bénéficié ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>		
<input type="checkbox"/> Rendez-vous de suivi	<input type="checkbox"/> Orientation vers des site Web, documents littéraires (Par ex. prospectus, brochures d'information)	
<input type="checkbox"/> Orientation vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie	<input type="checkbox"/> Aucun	
<input type="checkbox"/> Orientation vers un spécialiste pour un traitement	<input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Orientation vers des services d'intervention précoce		
<input type="checkbox"/> Orientation vers des groupes de soutien		
Votre enfant a-t-il bénéficié des services d'intervention précoce ?		
<input type="checkbox"/> Oui. À quel âge votre enfant a-t-il commencé à bénéficier de ces services ? _____		<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
<input type="checkbox"/> Non		
Votre enfant atteint d'autisme bénéficie-t-il de l'un des plans suivants ? <u>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</u>		
<input type="checkbox"/> Plan de service familial individualisé (PSFI)	<input type="checkbox"/> Plan de soutien individualisé (PSI)	
<input type="checkbox"/> Plan d'enseignement individualisé (PEI)	<input type="checkbox"/> Aucun	
<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)	

Si votre enfant bénéficie d'un Plan de service familial individualisé (PSFI), veuillez répondre aux questions suivantes. Assurez-vous de remplir toutes les trois colonnes.

	Êtes-vous convaincu que ce plan répond à tous les besoins de votre enfant ?		Avez-vous participé à la dernière réunion du PSFI ?		Votre participation est-elle incluse dans ce plan ?	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Plan de service familial individualisé (PSFI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre enfant bénéficie d'un Plan d'enseignement individualisé (PEI), veuillez répondre aux questions suivantes. Assurez-vous de remplir toutes les trois colonnes.

	Êtes-vous convaincu que ce plan répond à tous les besoins de votre enfant ?		Avez-vous participé à la dernière réunion du PEI ?		Votre participation est-elle incluse dans ce plan ?	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Plan d'enseignement individualisé (PEI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre enfant bénéficie d'un Plan 504, veuillez répondre aux questions suivantes. Assurez-vous de remplir toutes les trois colonnes.

	Êtes-vous convaincu que ce plan répond à tous les besoins de votre enfant ?		Avez-vous participé à la dernière réunion du Plan 504 ?		Votre participation est-elle incluse dans ce plan ?	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Plan 504	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre enfant bénéficie d'un Plan de soutien individualisé (PSI), veuillez répondre aux questions suivantes. Assurez-vous de remplir toutes les trois colonnes.

	Êtes-vous convaincu que ce plan répond à tous les besoins de votre enfant ?		Avez-vous participé à la dernière réunion du PSI ?		Votre participation est-elle incluse dans ce plan ?	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Plan de soutien individualisé (PSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 4

Votre enfant est-il couvert par une des assurances maladie suivantes ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent

<input type="checkbox"/> Assurance maladie privée que vous ou un membre de la famille bénéficie dans le cadre d'un emploi	<input type="checkbox"/> Prestations destinées aux anciens combattants ou TRICARE
<input type="checkbox"/> Assurance maladie privée que vous ou un membre de la famille souscrit (pas dans le cadre d'un emploi)	<input type="checkbox"/> Assurance soins dentaires
<input type="checkbox"/> Medicaid (assistance médicale), CHIP (Programme d'assurance-santé pour enfants), ou Medicare	<input type="checkbox"/> Assurance pour les soins de la vue
	<input type="checkbox"/> Assurance pour les médicaments sur ordonnance
	<input type="checkbox"/> Autre _____

Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'une assistance médicale ou d'un Medicaid ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
------------------------------	------------------------------	---

Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un des programmes d'aide médicale ou Medicaid suivants ?		
<input type="checkbox"/> Programme de prise en charge des adultes atteints d'autisme	<input type="checkbox"/> Programme de prise en charge des déficients mentaux	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Programme de prise en charge des autistes adultes dans leur communauté (ACAP)	<input type="checkbox"/> Programme d'aide financière pour malades mentaux	<input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses
	<input type="checkbox"/> Programme d'aide aux handicapés physiques	
Votre enfant est-il actuellement inscrit sur la liste d'attente ou la liste principale ?		
<input type="checkbox"/> Liste d'attente des programmes d'aide aux personnes souffrant d'un handicap intellectuel (Programme d'aide financière pour malades mentaux ou Programme de prise en charge des déficients mentaux)		
<input type="checkbox"/> Liste principale des programmes mis en œuvre à travers le Bureau d'autisme (Programme de prise en charge des adultes atteints d'autisme ou ACAP du Bureau d'autisme)		
<input type="checkbox"/> Les deux		
<input type="checkbox"/> Aucune des deux		
<input type="checkbox"/> Pas certain(e)		
Section 5		
Votre enfant a-t-il déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits pour des raisons médicales (à l'exception des vitamines) ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e) <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Votre enfant a-t-il déjà fait des overdoses en consommant des médicaments (prescrits légalement ou illégalement) ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e) <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Section 6		
Au cours de la dernière année, avez-vous emmené votre enfant au service des urgences pour des raisons de troubles de la conduite ou psychiatriques ?		
<input type="checkbox"/> Oui, _____ fois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Au cours de la dernière année, votre enfant a-t-il été admis dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier pour des raisons de troubles de la conduite ou de troubles psychiatriques ?		
<input type="checkbox"/> Oui, _____ fois	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES EN FONCTION DU SÉJOUR LE PLUS RÉCENT DE VOTRE ENFANT DANS UN HÔPITAL OU DANS UN ENVIRONNEMENT HOSPITALIER.		
Pour quelle(s) raison(s) votre enfant a-t-il été admis dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.		
<input type="checkbox"/> Comportement agressif	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Augmentation significative des obsessions
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Fuite de la maison familiale / de l'école	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Trouble oppositionnel avec provocation	<input type="checkbox"/> Comportements d'automutilation	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)

Dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e) ou insatisfait(e) quant aux aspects suivants du séjour hospitalier de votre enfant ?				
	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Qualité des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification des sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion du/des parent(s) dans la planification du traitement par le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comment votre enfant a-t-il été admis à l'hôpital ?				
<input type="checkbox"/> Mon enfant (de moins de 14 ans) a été admis à l'hôpital par son (ses) parent(s)				
<input type="checkbox"/> Mon enfant adolescent (de 14 à 18 ans) a été hospitalisé par son (ses) parent(s) avec son consentement				
<input type="checkbox"/> Mon enfant adolescent (de 14 à 18 ans) a été hospitalisé par son (ses) parent(s) contre son gré				
<input type="checkbox"/> Mon enfant majeur (18 ans ou plus) s'est fait hospitaliser lui-même (201, traitement volontaire)				
<input type="checkbox"/> Mon enfant majeur (de 18 ans ou plus) a été hospitalisé contre son gré (302, traitement involontaire)				
<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre				
Combien de temps votre enfant a-t-il séjourné dans un hôpital ou dans un environnement hospitalier ?				
<input type="checkbox"/> Moins de 24 heures	<input type="checkbox"/> Entre 24 et 48 heures		<input type="checkbox"/> Plus de 2 jours, veuillez nous dire combien de temps	
Était-ce la première admission de votre enfant dans un hôpital ou un environnement hospitalier pour des raisons de conduite ou des raisons Psychiatriques ?				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas certain(e)				
Veillez ajouter tout détail supplémentaire relatif au séjour hospitalier le plus récent de votre enfant pour des raisons de conduite ou des raisons psychiatriques				
Section 7				
Le comportement de votre enfant a-t-il déjà donné lieu à une des interactions suivantes avec la police / la justice ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.				
<input type="checkbox"/> Interpellé(e) par la police		<input type="checkbox"/> Purgé une peine de prison		
<input type="checkbox"/> Arrêté(e) et questionné(e) par la police pour un délit autre que l'infraction au code de la route		<input type="checkbox"/> Inculpé(e) pour délit ou accusé de crime		
<input type="checkbox"/> Reçu un avertissement de la police (pour un délit autre que l'infraction au code de la route)		<input type="checkbox"/> Mis(e) en probation ou en liberté conditionnelle		
<input type="checkbox"/> Reçu une citation		<input type="checkbox"/> Autre _____		
<input type="checkbox"/> Arrêté(e) par la police		<input type="checkbox"/> Aucun		
		<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre		
Votre enfant a-t-il déjà été victime d'un crime ?				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre				
Si vous voulez, vous pouvez communiquer plus de renseignements sur l'expérience de votre enfant avec la police ou d'autres intervenants de la justice ou en tant que victime d'un crime.				

Section 8

SI VOUS ÊTES LE PARENT ADOPTIF D'UNE PERSONNE ATTEINTE D'AUTISME, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. AU CAS CONTRAIRE, VOUS POUVEZ PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 9.

Au cours de la dernière année, avez-vous bénéficié d'un soutien, d'une formation ou des ressources pour votre rôle et vos responsabilités en tant que parent adoptif ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la provenance du soutien, de la formation ou des ressources, et si vous pensez que la formation vous a préparé(e) à assumer vos rôles et responsabilités. Assurez-vous de remplir toutes les trois colonnes.

	Avez-vous bénéficié d'une formation, d'un soutien, ou des ressources de la part de cette agence ?		Vous êtes-vous senti(e) préparé(e) après cette formation ?			Cette formation sur l'autisme était-elle particulière ?		
	Oui	Non	Oui	Non	S/O	Oui	Non	S/O
Agence des enfants et des jeunes du comté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Établissement scolaire de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agence privée de familles d'accueil, veuillez préciser l'agence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez répondre aux questions suivantes relatives à votre expérience en famille d'accueil

	Presque jamais / jamais	Parfois	Habituellement	Toujours / presque toujours
Faites-vous partie de l'équipe chargée du traitement de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participez-vous à d'autres réunions concernant les soins de santé de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtenez-vous de l'aide lorsque vous en avez besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 9

Au cours de la dernière année, votre enfant a-t-il été placé dans un établissement résidentiel ?

Oui Non, mais son nom figure actuellement sur une liste d'attente Non, et son nom ne figure pas sur une liste d'attente Préfère ne pas répondre

SI VOTRE ENFANT A ÉTÉ PLACÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT RÉSIDENTIEL, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. SINON, VOUS POUVEZ PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 10.

Quelle distance environ sépare l'établissement résidentiel de votre maison ?

<input type="checkbox"/> 0 à 20 milles (0 à 32,1869 km)	<input type="checkbox"/> 41 à 60 milles (65,9831 à 96,5606 km)	<input type="checkbox"/> 81 à 100 milles (130,357 à 160,9344 km)	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
<input type="checkbox"/> 21 à 40 milles (33,7962 à 64,3738 km)	<input type="checkbox"/> 61 à 80 milles (98,17 à 128,748 km)	<input type="checkbox"/> Plus de 100 milles (160,934 km)	

Pour quelle(s) raison(s) votre enfant a-t-il été placé dans un établissement résidentiel ?
Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Comportement agressif	<input type="checkbox"/> Fuite de la maison familiale / de l'école
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Comportements d'automutilation
<input type="checkbox"/> Trouble oppositionnel avec provocation	<input type="checkbox"/> Augmentation significative des obsessions
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Autre _____

Combien de temps votre enfant a-t-il séjourné dans un centre de traitement résidentiel ?

Moins d'une semaine 1 à 4 semaines Plus de 4 semaines

Dans quelle mesure avez-vous été satisfait(e) ou insatisfait(e) quant aux aspects suivants du séjour de votre dans un établissement résidentiel ?

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Qualité des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification des sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclusion du/des parent(s) dans la planification du traitement par le personnel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les renseignements relatifs aux services communautaires (divertissement, faire du sport, du bénévolat, ou autres) étaient-ils inclus dans votre plan de sortie ?

Oui Non Pas certain(e)

Le plan de traitement / de sortie était-il rédigé en français facile ?

Oui Non

Section 10

Votre enfant est-il en mesure de réaliser l'une des tâches suivantes ?

	Individuellement	Avec de l'aide	Incapable	S/O
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demander ce dont il/elle a besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demander ce qu'il/elle veut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire savoir qu'il/elle est malade/blessé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer en voiture / en transports publics / à vélo / à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre enfant reçoit-il actuellement des services ou tout autre soutien pour l'un des cas suivants ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Comportements d'automutilation	<input type="checkbox"/> Comportements agressifs	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/> Fuite	
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Faire sa toilette	

Votre enfant reçoit-il actuellement des services de rééducation fonctionnelle (BHRS ou programme de soins 'wraparound') ?			
<input type="checkbox"/> Oui, à l'école	<input type="checkbox"/> Non, mais évaluation complète, plan en voie d'élaboration		
<input type="checkbox"/> Oui, à la maison / au sein la communauté	<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Oui, tant à l'école qu'à la maison / au sein de la communauté	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)		
<input type="checkbox"/> Non, mais attend une évaluation			
Si oui, à quel point êtes-vous satisfait(e) du soutien reçu de la part de l'équipe médicale ?			
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)	<input type="checkbox"/> Satisfait(e)	<input type="checkbox"/> Insatisfait(e)	<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)
Section 11			
Votre enfant occupe-t-il un emploi actuellement ? Veuillez inclure uniquement les postes rémunérés.			
<input type="checkbox"/> Oui, travaille à plein temps (35 heures par semaine ou plus)	<input type="checkbox"/> Non, mais à la recherche d'un emploi en ce moment		
	<input type="checkbox"/> Non, est à la retraite		
<input type="checkbox"/> Oui, travaille à temps partiel (moins de 35 heures par semaine)	<input type="checkbox"/> N'est ni à la retraite ni à la recherche d'un emploi		
Si oui, quel type de métier exerce votre enfant ?			
<input type="checkbox"/> Bureau d'appui / assistance administrative	<input type="checkbox"/> Préparation / service des repas	<input type="checkbox"/> Production / fabrication	
<input type="checkbox"/> Métiers commerciaux (notamment la vente au détail)	<input type="checkbox"/> Transport / manutention des métaux	<input type="checkbox"/> Autre _____	
Votre enfant reçoit-il actuellement ou a précédemment reçu des services par l'entremise du Bureau d'aide à l'insertion professionnelle (BAIP) ?			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
De quel(s) type(s) de soutien votre enfant a-t-il besoin pour trouver un emploi ou le conserver ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent			
<input type="checkbox"/> Soutien en matière de recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> Soutien continu		
<input type="checkbox"/> Soutien à la rédaction d'une demande d'emploi et à la préparation d'un entretien d'embauche	<input type="checkbox"/> N'aura pas besoin d'un soutien		
<input type="checkbox"/> Soutien lorsque de nouveaux problèmes ou de nouvelles questions surgissent	<input type="checkbox"/> Autre _____		
<input type="checkbox"/> Soutien à court terme			
Section 12			
Quelle est la situation actuelle de votre enfant ?			
<input type="checkbox"/> Vit avec son (ses) parent(s) ou d'autres membres de la famille dans la maison familiale	<input type="checkbox"/> Vit seul(e) grâce au soutien (locataire ou propriétaire)		
<input type="checkbox"/> Dans un établissement résidentiel (notamment les hôpitaux publics ou les centres étatiques)	<input type="checkbox"/> Vit seul(e) sans soutien (locataire ou propriétaire)		
<input type="checkbox"/> Dans un foyer d'hébergement	<input type="checkbox"/> Sans-abri		
<input type="checkbox"/> Avec un(e) colocataire / un(e) conjoint(e) (locataire ou propriétaire)	<input type="checkbox"/> Autre _____		
Depuis combien de temps votre enfant vit-il dans cette situation ?			
<input type="checkbox"/> Toute la vie	<input type="checkbox"/> Moins d'un an	<input type="checkbox"/> 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/> 3 à 5 ans
			<input type="checkbox"/> Plus de 5 ans
À quel point êtes-vous satisfait(e) des conditions de logement actuelles de votre enfant ?			
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)	<input type="checkbox"/> Satisfait(e)	<input type="checkbox"/> Insatisfait(e)	<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)
Comment évaluez-vous le niveau de difficulté qu'éprouve votre enfant pour jeter des objets même s'il ne les utilise pas ?			
<input type="checkbox"/> Très difficile	<input type="checkbox"/> Assez difficile	<input type="checkbox"/> Pas du tout difficile	

À quelle fréquence le désordre se manifeste-t-il dans l'environnement de votre enfant au point d'affecter ses activités quotidiennes ? (Par exemple, il/elle est incapable de trouver les jouets, les fournitures scolaires, d'autres effets personnels, ou éprouve des difficultés à se balader dans leur environnement.)

Toujours La plupart du temps Parfois Jamais

Section 13

Votre enfant est-il actuellement scolarisé ?

Oui Non

Si oui, dans quel ordre d'enseignement ?

<input type="checkbox"/> Prématernelle	<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle
<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Études collégiales de deux ans	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> École primaire	<input type="checkbox"/> Études collégiales de trois ans	
<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Institution d'enseignement supérieur	

Si non, quel est le niveau de scolarité le plus élevé de votre enfant ?

<input type="checkbox"/> Aucun niveau de scolarité	<input type="checkbox"/> Enseignement professionnel / technique	<input type="checkbox"/> Professionnel ou doctoral Diplôme après le Master (Par ex. MD, DDS, DVM, PhD)
	<input type="checkbox"/> Quelques cours à l'université	
<input type="checkbox"/> Niveau minimum de scolarité, mais n'a pas terminé ses études secondaires	<input type="checkbox"/> Diplôme d'associé	
<input type="checkbox"/> Diplôme de l'enseignement secondaire ou autres qualifications	<input type="checkbox"/> Licence	
	<input type="checkbox"/> Master	

SI VOTRE ENFANT ACTUELLEMENT SCOLARISÉ, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. SINON, VOUS POUVEZ PASSER DIRECTEMENT À LA SECTION 14.

Au cours de l'année dernière, votre enfant a-t-il fait preuve de discipline dans un des aspects suivants ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Pièce d'isolement / de désescalade	<input type="checkbox"/> Détention	<input type="checkbox"/> Expulsion
	<input type="checkbox"/> Suspension au sein de l'établissement scolaire	<input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses
<input type="checkbox"/> Expulsé(e) de la salle de classe	<input type="checkbox"/> Suspension classique	

Dans quelle catégorie d'éducation spécialisée votre enfant est-il placé actuellement ?

Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Soutien autistique	<input type="checkbox"/> Handicapé multiple
<input type="checkbox"/> Soutien émotionnel	<input type="checkbox"/> Aucun (mon enfant ne reçoit pas des services à l'enfance en difficulté)
<input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Pas certain(e)
<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel (autrefois appelé retard mental)	<input type="checkbox"/> Autre _____

Section 14

Quels plans à long terme avez-vous pour votre enfant lorsque vous ne serez plus en mesure de prendre soin de lui ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Prévoir des plans de logement	<input type="checkbox"/> Tutelle désignée	<input type="checkbox"/> Élabore des plans actuellement
<input type="checkbox"/> Mettre sur pied une fiducie financière	<input type="checkbox"/> Donner procuration à un mandataire	<input type="checkbox"/> Aucun en ce moment

À quel point êtes-vous préoccupé(e) par l'élaboration et la mise à jour de ces plans ?					
	Très préoccupé(e)	Préoccupé(e)	Assez préoccupé(e)	Pas préoccupé(e)	S/O
Prévoir des plans de logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre sur pied une fiducie financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutelle désignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donner procuration à un mandataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élabore des plans actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous le sentiment que vous disposez de ressources pour vous préparer convenablement pour ces plans ?					
	Oui	Non	S/O		
Prévoir des plans de logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mettre sur pied une fiducie financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tutelle désignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Donner procuration à un mandataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Élabore actuellement des plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Section 15					
Veillez vérifier les services suivants pour savoir si vous les connaissez déjà, si vous y êtes impliqué(e), ou si vous désirez plus de renseignements concernant votre enfant :					
	Impliqué(e)	Informé(e)	Désire plus de renseignements sur ce sujet		
Bureau d'aide à l'insertion professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prestation de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D'autres aides de l'État (Bons d'alimentation, logement à loyer modéré, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Section 16

Veillez indiquer si les défis suivants interfèrent avec ou empêchent votre enfant de participer aux activités au sein de sa communauté, notamment les sports, les clubs, les loisirs ou l'organisation d'autres activités.

	Oui	Non	Pas certain(e)
Défis émotionnels (anxiété, dépression, peur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défis comportementaux (agression, comportements d'automutilation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Défis physiques (accès, mobilité, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre enfant participe-t-il à une des activités suivantes ? Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Participe-t-il ?		Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures que l'enfant consacre à chaque activité par semaine
	Oui	Non	Heures
Bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupes, clubs, ou organisations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités spirituelles ou religieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités sportives récréatives ou organisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Loisirs ou intérêts particuliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tâches ménagères / domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités sociales avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres activités _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Section 17

Veillez sélectionner la réponse qui reflète votre expérience concernant l'obtention des services destinés à votre enfant.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
En général, je rencontre des difficultés à obtenir des services destinés à mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de mon enfant et d'autres prestataires de soins passent assez de temps avec lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de mon enfant et d'autres prestataires de soins me prêtent une oreille attentive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de mon enfant et d'autres prestataires de soins sensibles aux valeurs et aux coutumes de ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de mon enfant et d'autres prestataires de soins donnent des explications faciles à comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez nous renseigner sur les besoins de services de santé et d'éducation de votre enfant. Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Mon enfant reçoit ce service		Votre enfant a-t-il davantage besoin de ce service ?	
	Oui	Non	Oui	Non
Services d'appui psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Développement d'habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien en matière de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soutien individuels (Par ex. TSC (thérapie sociale cognitive), BSC (consultant spécialisé en comportement humain), spécialiste du comportement autiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des soutiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseils en matière de prestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion de la pharmacothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éducation en matière de santé sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseils en matière de relations humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Camp d'été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cours d'été (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planification de la transition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emploi assisté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins de santé primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veillez nous dire si vous êtes d'accord avec les déclarations suivantes concernant les services ci-après : « Les professionnels fournissant ce service disposent des compétences nécessaires pour s'occuper de mon enfant »					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
Services d'appui psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Développement d'habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien en matière de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de soutien individuels (Par ex. TSC (thérapie sociale cognitive), BSC (consultant spécialisé en comportement humain), spécialiste du comportement autiste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination des soutiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie mobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en matière de prestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion de la pharmacothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducation en matière de santé sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseils en matière de relations humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camp d'été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cours d'été (ESY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification de la transition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emploi assisté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de santé primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel des difficultés suivantes avez-vous fait face lorsque vous cherchez à obtenir des services pour votre enfant ? <i>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</i>					
<input type="checkbox"/> Transport		<input type="checkbox"/> Les prestataires de soins de santé ne disposaient pas d'un nombre suffisant de personnel			
<input type="checkbox"/> Problèmes de planification		<input type="checkbox"/> Les prestataires de soins de santé ne vont pas à la rencontre des personnes atteintes d'autisme			
<input type="checkbox"/> Il n'existe pas assez de prestataires de soins de santé dans la région		<input type="checkbox"/> Aucun			
<input type="checkbox"/> Le coût des services / mon assurance ne couvre pas les services disponibles		<input type="checkbox"/> Autre _____			
<input type="checkbox"/> Il n'existe aucun prestataire de soins de santé dans la région					
Votre enfant dispose-t-il d'un système formel de communication sur place ? (Par exemple, le système de communication par échange d'images (PECS), tablette, générateur de parole, ou autre système de communication augmentatif.)					
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Autre _____	
Si oui, veuillez sélectionner le lieu où votre enfant utilise son système de communication. <i>Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.</i>					
<input type="checkbox"/> À la maison		<input type="checkbox"/> À l'école		<input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Au travail		<input type="checkbox"/> Au sein de la communauté			

Section 18

En matière de transport, quel moyen de transport utilise votre enfant pour se rendre où il souhaite aller ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Se rend lui-même/elle-même dans un service de soins privés	<input type="checkbox"/> Passager dans une voiture privée avec chauffeur volontaire
<input type="checkbox"/> Passager dans une voiture privée en présence des parents ou d'autres membres de la famille	<input type="checkbox"/> Transport en commun
<input type="checkbox"/> Passager dans une voiture privée en présence d'amis	<input type="checkbox"/> Le transport est assuré en journée
<input type="checkbox"/> Bus / camionnette exploité par un pays, une municipalité ou une organisation à but non lucratif	<input type="checkbox"/> Le transport est assuré par un foyer d'hébergement
<input type="checkbox"/> Taxi ou autre véhicule de location	<input type="checkbox"/> Le transport est fourni par un établissement scolaire / établissement d'enseignement
<input type="checkbox"/> Marche	<input type="checkbox"/> Covoiturage simple (Uber, Lyft)
<input type="checkbox"/> Bicyclette	<input type="checkbox"/> Covoiturage (Par ex. ZipCar, Enterprise Car Share)
	<input type="checkbox"/> Autre _____

Section 19

Faites-vous partie d'un groupe de soutien ou d'un groupe de plaidoyer ?

Oui Non, mais autrefois Non, mais j'aimerais bien Non

Si vous avez été ou êtes actuellement membre d'un groupe de soutien ou de plaidoyer, était-ce en ligne ou en personne ?

En ligne En personne Les deux

Si vous êtes actuellement ou avez été membre d'un groupe de soutien ou de défense, qu'est-ce qui explique votre adhésion à ce groupe ? *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Liens d'amitié / socialisation	<input type="checkbox"/> Intérêts / expérience communs	<input type="checkbox"/> Il s'agissait d'une recommandation
<input type="checkbox"/> Partage des ressources	<input type="checkbox"/> Sensibilisation	<input type="checkbox"/> Apporter un changement
	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Si vous n'êtes pas ou n'avez pas été membre d'un groupe de soutien ou de défense, veuillez sélectionner les raisons pour lesquelles vous ne faites pas partie de ces groupes. *Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.*

<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Manque de temps	<input type="checkbox"/> Les frais d'adhésion coûtent cher
<input type="checkbox"/> Il n'en existe aucun dans ma région / c'est situé très loin	<input type="checkbox"/> Pas atteint l'âge requis/manque d'intérêt	
<input type="checkbox"/> Pas intéressé(e)	<input type="checkbox"/> Sentiment d'exclusion / ne m'intègre pas	<input type="checkbox"/> Autre _____

Section 20

Votre enfant a-t-il du mal à s'entendre avec...

	Toujours	Parfois	Jamais	S/O
Parent(s) ou d'autres soignant(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frères et sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres de la famille élargie (grand parents, tantes, oncles, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les personnes qui viennent à la maison et adoptent des comportements sociaux appropriés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez nous fournir des renseignements sur les besoins de services de soutien de votre famille. <u>Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.</u>					
	Votre famille reçoit-elle ce service ?		Ma famille a besoin d'une amélioration de ce service		
	Oui	Non	Oui	Non	
Services de relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins de jour pour adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services de conseils familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupes d'entraide pour la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'appui psychologique pour la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupes d'entraide pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Services d'appui psychologique pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les déclarations suivantes : « Les professionnels qui fournissent ce service disposent des compétences nécessaires pour s'occuper de mon enfant »					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
Services de relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de jour pour adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de conseils familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupes d'entraide pour la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'appui psychologique pour la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupes d'entraide pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'appui psychologique pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les déclarations suivantes : « Ce service répond efficacement aux besoins de ma famille. »					
	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	S/O
Services de relève	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de jour pour adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de conseils familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupes d'entraide pour la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Services d'appui psychologique pour la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupes d'entraide pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services d'appui psychologique pour les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quelles restrictions ou entraves vous empêchent d'obtenir les services de soutien aux familles ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.					
<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Il n'existe aucun prestataire de soins de santé dans la région		<input type="checkbox"/> Aucun		
<input type="checkbox"/> Problèmes de planification	<input type="checkbox"/> Le coût des services / mon assurance ne couvre pas les services disponibles		<input type="checkbox"/> Autre _____		
<input type="checkbox"/> Il n'existe pas assez de prestataires de soins de santé dans la région					
Dans quelle mesure l'autisme de l'enfant a-t-il affecté la participation à la main d'œuvre de votre famille ? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.					
	Moi	Mon partenaire			
L'arrêt de travail à l'extérieur de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diminution des heures de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Augmentation des heures de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Changement d'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Changement de type de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Modification du programme de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Changement de poste avec le même employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Recours au Family Medical Leave Act (FMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte de promotion professionnelle / possibilités d'avancement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Licencié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sanctionné(e) / suspendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Commented [M1]: Relevant : changed

Nous aimerions avoir des renseignements sur votre participation au sein de votre communauté.

Participez-vous à une des activités suivantes ? Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Participez-vous ?		Si oui, veuillez indiquer le nombre d'heures que vous consacrez à chaque activité par semaine
	Oui	Non	Heures
Bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organisation/groupes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités spirituelles ou religieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Loisirs ou intérêts particuliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tâches ménagères / domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités sociales avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre activité _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Veuillez nous dire si vous avez participé aux activités suivantes autant que vous le voudriez au cours des 30 derniers jours, et si vous attachez du prix à ces activités. Assurez-vous de remplir toutes les deux colonnes.

	Exercez-vous cette activité ?			J'attache du prix à cette activité	
	Assez	Pas assez	Tellement	Oui	Non
Aller à la bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à un gymnase, un club de santé ou de fitness, y compris la piscine, ou participer à un événement sportif (notamment le bowling, le tennis, le minigolf, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à une organisation / groupe de défense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à un groupe social au sein de la communauté (par exemple, un club de lecture, un groupe de loisirs, autre groupe de personnes ayant les mêmes centres d'intérêt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à ou participer aux activités civiques et politiques des organisations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir rempli le questionnaire d'évaluation des besoins de PA Autism