



DEMANDE DE BALUCHONNAGE

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR BALUCHON ALZHEIMER

À retourner par télécopieur : 514 762-1452 ou courriel

formulaire@baluchonalzheimer.com

S.V.P. : un seul baluchonnage par requête
À Compter du 1er février 2019, nous recevons les demandes au
maximum 3 mois avant la date de début du service demandé.

PROVENANCE

Date : _____

CIUSSS/CISS : _____

CSSS : _____

CLSC : _____

Nom de l'intervenant pivot : _____

(Lettres moulées)

Téléphone et poste : _____

Courriel : _____

Télécopieur : _____

AUTORISATION DU CHEF DE PROGRAMME

(NOMBRE DE JOURS AUTORISÉS ET SIGNATURE OBLIGATOIRE)

Nombre de jours autorisés par le chef de programme : _____

Nom du client (personne aidée) : _____

Date du baluchonnage (**1^{er} choix**) : _____

ou

Date du baluchonnage (2^e choix) : _____

Signature du chef de programme : _____

Nom (lettres moulées) : _____

Date : _____



IDENTIFICATION DU CLIENT

AIDÉ (E)

AIDANT (E)

M. Mme.

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse (si différente) : _____

Ville : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Téléphone (1) : _____

Langue(s) d'usage : _____

Téléphone (2) : _____

Lien avec l'aidé (e) : _____

Langue(s) d'usage : _____

Est-ce que l'aidant est mandataire, tuteur ou curateur? _____

J'autorise l'intervenant, _____, à transmettre les informations pertinentes à Baluchon Alzheimer durant le processus de traitement de ma demande.

Signature personne responsable (mandataire/curateur/tuteur) : _____

Date : _____

OU

Autorisation verbale de l'aidant (e): Date : _____

Diagnostic(s) : _____

Cote ISO-SMAF: _____ **Date de la dernière évaluation :** _____

Santé physique / Capacité fonctionnelle

Mobilité : Autonome Aide partielle Aide complète

Précisez si besoin d'aide partielle ou complète : _____

Continence : Normale Incontinence urinaire Incontinence fécale

Précisez si présence d'incontinence : _____

Soins physiques (ex. : traitement de plaies, diète particulière, besoin d'oxygène, injections, ...)

Précisez : _____

AVQ

	Autonome	Aide partielle	Aide complète
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se vêtir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions supplémentaires :



Milieu de vie

Type d'habitation : _____

Personnes habitants sous le même toit : _____

Environnement psycho-social : _____

Comportement : _____

Antécédents personnels pertinents

Maladies antérieures (dates) _____

Chirurgie antérieures (dates) : _____

Services reçus à domicile (nature et fréquence)

Du CLSC : _____

D'autres organismes : _____

Document de refus de réanimation cardio-respiratoire signé?

Oui

Non

SVP JOINDRE À LA REQUÊTE :

- Liste de la médication actuelle