



## DEMANDE DE BALUCHONNAGE

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR BALUCHON ALZHEIMER

À retourner par courriel uniquement [formulaire@baluchonalzheimer.com](mailto:formulaire@baluchonalzheimer.com)

**Une seule demande de baluchonnage par requête**  
**Prévoir un traitement d'une durée moyenne de 6 semaines**  
**Les demandes peuvent être envoyées au maximum 3 mois avant le**  
**mois demandé**

### PROVENANCE

Date : \_\_\_\_\_

CIUSSS/CISSS : \_\_\_\_\_

CSSS : \_\_\_\_\_

CLSC : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant pivot : \_\_\_\_\_

Téléphone et poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION DU CHEF DE PROGRAMME SI VOUS ÊTES UN TRAVAILLEUR SOCIAL (NOMBRE DE JOURS AUTORISÉS ET SIGNATURE OBLIGATOIRES)

Nombre de jours autorisés : \_\_\_\_\_

Nom du client (personne aidée) : \_\_\_\_\_

Dates du baluchonnage (1<sup>er</sup> choix) : \_\_\_\_\_

Dates du baluchonnage (2<sup>e</sup> choix) : \_\_\_\_\_

Dates flexibles ?                      Oui                              Non       

Signature du chef de programme : \_\_\_\_\_

Nom du chef de programme : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU CLIENT

### AIDÉ(E)

Monsieur  Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Langue(s) d'usage : \_\_\_\_\_

### AIDANT(E)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Lien avec l'aidé(e) : \_\_\_\_\_

Langue(s) d'usage : \_\_\_\_\_

J'autorise \_\_\_\_\_ (nom), \_\_\_\_\_ (titre) à transmettre les informations pertinentes à Baluchon Alzheimer durant le processus de traitement de ma demande.

Signature de l'aidant(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

OU

Autorisation verbale de l'aidant(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Diagnostic(s) : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic principal : \_\_\_\_\_

La personne est-elle en soins palliatifs : \_\_\_\_\_ En fin de vie : \_\_\_\_\_

Cote ISO-SMAF : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

## FACTEURS PHYSIQUES

Mobilité :      Autonome            Aide partielle            Aide complète     

Précisions supplémentaires : \_\_\_\_\_

Nombre de personnes requises pour transferts : \_\_\_\_\_

L'aidant(e) utilise-t-il lève-personne ou toute autre aide technique?

\_\_\_\_\_

Continence :      Normale            Incontinence urinaire            Incontinence fécale     

Occasionnelle/fréquente – jour/nuit : \_\_\_\_\_

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

Veillez préciser : \_\_\_\_\_

### ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

	Autonome	Aide partielle	Aide complète
<b>Alimentation</b>			
<b>Hygiène</b>			
<b>Habillage</b>			
<b>Élimination</b>			
<b>Prise de médication</b>			

Précisions additionnelles :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Type d'habitation : \_\_\_\_\_

Personnes habitant sous le même toit : \_\_\_\_\_

Environnement psychosocial : \_\_\_\_\_

Animaux : \_\_\_\_\_

## FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET MÉDICAUX

Comportement / problématiques / situations particulières : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et chirurgicaux pertinents : \_\_\_\_\_

## SERVICES ET ACTIVITÉS

### Nature et fréquence

Du CLSC : \_\_\_\_\_

*Si la demande concerne une personne en soins palliatifs/fin de vie à domicile, l'aidant dispose-t-il du soutien d'une équipe soignante attitrée à la famille et disponible 24h/24?  Oui  Non*  
*Notez que la présence d'une telle équipe influencera l'évaluation de la demande.*

D'autres organismes : \_\_\_\_\_

**Les services du CLSC et de ses partenaires doivent être maintenus durant le baluchonnage, à moins d'avis contraire. Un refus de maintenir les services pourrait mener à une annulation.**

### SVP, JOINDRE À LA REQUÊTE :

- Profil pharmacologique
- OEMC / SMAF (si nécessaire, par courriel seulement)
- Tout rapport spécialisé pertinent : ergothérapie, physiothérapie ou autres (si nécessaire, par courriel seulement)