



DEMANDE DE BALUCHONNAGE

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR BALUCHON ALZHEIMER

À retourner par courriel uniquement 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^{er} choix) : _____

Dates du baluchonnage (2^e 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 |
|----------------------------|----------|----------------|---------------|
| Alimentation | | | |
| Hygiène | | | |
| Habillage | | | |
| Élimination | | | |
| Prise de médication | | | |

Précisions additionnelles :

NARCOTIQUES

La médication de la personne comprend-elle des narcotiques? : Oui Non

Si oui, svp veuillez inscrire le nom et les coordonnées de l'infirmière au dossier:

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)