**Formulaire de demande de service de répit-dépannage**

 **Centre HébergeVac**

## **identification**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom:  | Prénom : | F : \_\_ M.: \_\_ |
| RAMQ : Date de naissance : |
| Adresse: |  |
| Type de milieu de vie  |  |
| No tel. Maison : | No de tél cell: |
| Adresse courriel : |
| Personne soutenue par le CISSS de l’Outaouais Oui NonSi oui, direction Déficience et de la réadaptation DDR Soutien autonomie personnes âgées SAPA Santé mentale et dépendance Autre |

## **Caractéristiques personnnelles**

|  |
| --- |
| Diagnostic (s) : |
| Comportement (antécédents de violence, particularités) : |
|  Goûts, intérêts, allergies, phobies : |

## **Soutien requis** :

|  |
| --- |
| **Mobilité** Se déplace sans aide Se déplace avec aide Se déplace avec aide complètePrécisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Continence**  Pas d’incontinence Incontinence urinaire Incontinence fécalePrécisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Soins physiques particuliers (Soins de plaies, besoin d’oxygène, diète spécifique) il n'y a pas d’oxygène au chaletPrécisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Capacité à s’alimenter**  S’alimente sans aide S’alimente avec aide Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Capacités pour l’hygiène corporelle**  Pas de soutien requis Aide partielle Aide complète Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Capacité à se vêtir/ dévêtir**  Sans aide Aide partielle Aide complètePrécisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Capacité de prise de médication**  Pas de soutien requis Aide partielle Aide complète : supervision Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |

## **identification proche aidant qui accompagne lors du MÊME SÉJOUR (si applicable)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom:  | Prénom : | F : \_\_ M.: \_\_ |
| Adresse: |  |
| Lien avec la personne |  |
| Date de naissance |  | No tel. maison |  | No de tél cell: |  |
| Adresse courriel : Intervenant pivot du CISSS valide la pertinence de l’accompagnement Nom de l’intervenant :  |

## à rejoindre en cas d’urgence

|  |  |
| --- | --- |
| Nom: | Numéro de téléphone: |
|  |  |
|  |  |

Veuillez retourner le formulaire remplis à info@campus3.ca ou par la poste au 196 rue Notre-Dame, Gatineau, Québec, J8P 0E6

Joindre à la demande la liste de la médication actuelle (accessible à la pharmacie)

## **Approbation des responsables :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CISSSO – DATE :** |  | **CAMPUS 3 – DATE :**  |
| **NOM :** |  | **NOM : Johanne Duciaume – Lemy Nguyen** |
| **Signature :**  |  | **Signature :**  |