**Demande de service**

**2021-2022**

**PADI Atelier de jour**

## **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 Non  Si oui, direction Déficience et de la réadaptation DDR Soutien autonomie personnes âgées SAPA    Santé mentale et dépendance Autre | | | | |

## **Caractéristiques personnelles**

|  |
| --- |
| 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 complète  Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Continence**    Pas d’incontinence Incontinence urinaire Incontinence fécale  Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Soins physiques particuliers (Soins de plaies, besoin d’oxygène, diète spécifique)  Précisions 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 complète  Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Capacité de prise de médication**    Pas de soutien requis Aide partielle Aide complète : supervision  Précisions si soutien requis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## **identification proche aidant (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 [atj@campus3.ca](mailto:atj@campus3.ca), par la poste ou en personne au 196 rue Notre-Dame, Gatineau, Québec, J8P 0E6

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