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

 **Centre HébergeVac**

## **identification**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | F : [ ]  M.: [ ]  |
| RAMQ : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse: | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Type de milieu de vie  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| No tel. Maison : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | No de tél cell:Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 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) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Comportement (antécédents de violence, particularités) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  Goûts, intérêts, allergies, phobies :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

## **Soutien requis** :

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | F : [ ]  M.: [ ]  |
| Adresse: | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Lien avec la personne | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | No tel. maison | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | No de tél cell: | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Intervenant pivot du CISSS valide la pertinence de l’accompagnement Nom de l’intervenant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

## à rejoindre en cas d’urgence

|  |  |
| --- | --- |
| Nom: | Numéro de téléphone: |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Veuillez retourner le formulaire rempli 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 :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | **CAMPUS 3 – DATE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | **NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Signature :**  |  | **Signature :**  |