**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  Non  Si 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 complète  Précisions si soutien requis : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Continence**    Pas d’incontinence  Incontinence urinaire  Incontinence fécale  Précisions 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 chalet  Précisions 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 complète  Précisions 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](mailto: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 :** |