

## Demande de service 2025-2026

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		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, direction	<input type="checkbox"/> Déficience et de la réadaptation DDR	<input type="checkbox"/> Soutien autonomie personnes âgées SAPA
	<input type="checkbox"/> Santé mentale et dépendance	<input type="checkbox"/> 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 :						
<input type="checkbox"/> 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 [reception2@campus3.ca](mailto:reception2@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)

