

VISITE AMICALE

Date de l'évaluation : _____ Heure : _____ par téléphone en personne

CLIENT BÉNÉVOLE Évaluation effectuée par : _____

Prochain rendez-vous ou suivi : _____ Jumelage effectué par : _____

IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____ Âge _____

Adresse complète _____ Ville _____ Code postal _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Langue(s) parlée(s) _____

Téléphone (maison) _____ Téléphone (cellulaire) _____ Courriel _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____

Téléphone (maison) _____ Téléphone (cellulaire) _____ Courriel _____

AFFICHAGE liste de contacts? oui non **ENDROIT** frigo près téléphone table de chevet autre

ÉTAT DE SANTÉ DU CLIENT

MOBILITÉ bonne canne marchette fauteuil roulant

Déjà fait une CHUTE? oui non / intérieur extérieur **FRÉQUENCE** régulier occasion rarement

Comment assurez-vous vos déplacements? _____

TABAGISME oui non **ACTIVITÉ PHYSIQUE** oui non / Laquelle? _____ fréquence ()/sem.

SANTÉ stable détérioration suivi médical **SUIVI DU CISSS** oui non ne sais pas

Nom du médecin _____ **Endroit** _____

MÉDICATION oui non moins de 5 5 et plus **PRÉPARATION** seule dosette **ÉPIPEN** oui non

Connait-elle sa médication? oui non _____ **Liste de médicaments à jour?** oui non

AFFICHAGE liste médicaments? oui non **ENDROIT** frigo près téléphone table de chevet autre

VISION lunette occasionnelle lunette permanente semi voyant canne blanche chien guide bonne

AUDITION appareils (2 oreilles) oreille gauche oreille droite bonne

ALIMENTATION **Avez-vous bon appétit?** oui non **Cuisez-vous vos repas?** oui non

SOCIALISATION **Famille ou amis?** oui non enfants () frères/soeur () amis ()

Les voyez-vous souvent? oui non _____

Faites-vous partie d'un club social? oui non / Lequel? _____ fréquence ()/sem.

Commentaires: _____

MALTRAITANCE physique financier psychologique à surveiller **RIEN À SIGNALER**

VULNÉRABILITÉ pauvreté physique psychologique isolement à surveiller **RIEN À SIGNALER**

QUESTIONS DE JUMELAGE

MISE EN CONTEXTE

Référence de: _____ Téléphone: _____ Poste: _____

Qu'est-ce que vous motive à recevoir des visites amicales ? Ce qui est recherché...

Qu'est-ce qui vous motive à vous impliquer dans les visites amicales ? Ce qui est recherché...

Parlez-moi un peu de vous, qui m'aimerait à faire un bon jumelage ?

Comment aimeriez-vous que les visites se déroulent en général ? Quels genres d'activités à partager ?...

CENTRE D'INTÉRÊT

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activités extérieures | <input type="checkbox"/> Tricot | <input type="checkbox"/> Danse | <input type="checkbox"/> Livre |
| <input type="checkbox"/> Jouer aux cartes | <input type="checkbox"/> Artisanat | <input type="checkbox"/> Hockey | <input type="checkbox"/> Magasinage |
| <input type="checkbox"/> Cinéphile | <input type="checkbox"/> Casse-tête | <input type="checkbox"/> Journaux | <input type="checkbox"/> Musique |
| <input type="checkbox"/> Discussion | <input type="checkbox"/> Écriture | <input type="checkbox"/> Marche | <input type="checkbox"/> Scrabble |
| <input type="checkbox"/> Jardinage | <input type="checkbox"/> Jeux de société | <input type="checkbox"/> Mots croisés | <input type="checkbox"/> Téléroman |
| <input type="checkbox"/> Livre audiotif | <input type="checkbox"/> Lecture (_____) | <input type="checkbox"/> Ornithologie | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Messe | <input type="checkbox"/> Ordinateur | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Nouvelles | <input type="checkbox"/> Prière | <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Petit point | <input type="checkbox"/> Revue | <input type="checkbox"/> Balançoire | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportage (_____) | <input type="checkbox"/> Sport en général | <input type="checkbox"/> Chasse & pêche | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Sieste | <input type="checkbox"/> Bingo | <input type="checkbox"/> Dessin - Peinture | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Couture | <input type="checkbox"/> Chant | <input type="checkbox"/> Horticulture | <input type="checkbox"/> _____ |

DISPO

	D	L	M	M	J	V	S
AM	<input type="checkbox"/>						
PM	<input type="checkbox"/>						

FRÉQUENCE SOUHAITÉE () / _____

VISITE EFFECTUÉE PAR FEMME HOMME