



## ACCOMPAGNEMENT TRANSPORT

### FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Nom du bénéficiaire :	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse complète :	Fumeur	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Téléphone :	Animaux	O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Date de naissance : AAAA/MM/JJ	Langue	F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>

Nom du référant :	Dossier CLSC : <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
Organisme référant :	
Coordonnées :	# : @ :

La personne...		OUI	NON
1.	Est âgée de 65 ans et plus ( ) ? *Si non, remplir aussi la section 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	A une perte de mobilité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	A un trouble de mémoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	A un trouble cognitif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	A un problème de surdité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	A un problème d'élocution?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A une perte visuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	A une bombonne d'oxygène?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Présente une condition médicale stable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Présente une détresse psychologique ou risque de suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Est orientée dans le temps ou l'espace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Peut présenter des signes d'agressivité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Utilise une aide technique? (Si oui, remplir le tableau suivant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	A besoin d'un accompagnement TRANSPORT MÉDICAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	A besoin d'un accompagnement TRANSPORT ÉPICERIE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AIDE TECHNIQUE (cochez si le bénéficiaire utilise une de ces aides)		
Canne	<input type="checkbox"/>	
Marchette	<input type="checkbox"/> →	Pliante <input type="checkbox"/> Non-pliante <input type="checkbox"/>
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Autre :
Béquille	<input type="checkbox"/>	

