



Date : AAAA/MM/JJ

## DINER COMMUNAUTAIRE 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 :                      Date de naissance : AAAA/MM/JJ	Animaux    O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	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.	Habite seule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	A un réseau restreint?	<input type="checkbox"/>	
4.	A tendance à vouloir fuguer? (Ex. : sortir sans avertir)		<input type="checkbox"/>
5.	A un début de perte cognitive?		<input type="checkbox"/>
6.	A une mémoire altérée?		<input type="checkbox"/>
7.	A une conversation fluide?	<input type="checkbox"/>	
8.	Est capable de faire une activité?	<input type="checkbox"/>	
9.	Présente une condition médicale stable?	<input type="checkbox"/>	
10.	Présente une détresse psychologique ou risque de suicide?		<input type="checkbox"/>
11.	Reconnaît les personnes de son entourage?	<input type="checkbox"/>	
12.	Est orientée dans le temps ou l'espace?	<input type="checkbox"/>	
13.	Peut présenter des signes d'agressivité?		<input type="checkbox"/>
14.	Peut sortir à l'extérieur en toute sécurité?	<input type="checkbox"/>	
15.	Est en mesure de communiquer ses besoins?	<input type="checkbox"/>	
16.	Est en mesure d'aller seule aux toilettes?	<input type="checkbox"/>	
17.	Maintient son autonomie avec l'aide technique?	<input type="checkbox"/>	
18.	A besoin d'un transport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Habite dans une RPA ou un HLM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Incontinence urinaire? (Si oui, doit porter des culottes d'incontinence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

