



VISITE ET APPEL DE COURTOISIE

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

La personne...		VISITE		APPEL	
		OUI	NON	OUI	NON
1.	Est âgée de 65 ans+ () ? *Si non, remplir aussi la section 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Habite seule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	A un réseau restreint? (Précisez à la section 2)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
6.	A une mémoire altérée?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.	A une conversation fluide?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8.	Est capable de faire une activité?	<input type="checkbox"/>			
9.	Présente une condition médicale stable?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Présente une détresse psychologique ou risque de suicide?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11.	Reconnaît les personnes de son entourage?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
12.	Est orientée dans le temps ou l'espace?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
13.	Peut présenter des signes d'agressivité?		<input type="checkbox"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>	
16.	Est en mesure d'aller seule aux toilettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.	Doit utiliser une aide technique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18.	Maintient son autonomie avec l'aide technique?	<input type="checkbox"/>			

SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire à lire au bénéficiaire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service de **VISITE ET APPEL DE COURTOISIE** et à ce que les renseignements inscrits dans ce formulaire soient transmis au CAB Les Artisans de l'Aide. De plus, le bénéficiaire autorise le CAB Les Artisans de l'Aide à communiquer avec la personne-ressource au dossier et à communiquer les renseignements pertinents en vue d'un pairage avec un bénévole. Nom du référent : Date : AAAA/MM/JJ

Personne-ressource:

Nom : Téléphone : Lien :

Par CAB Les Artisans de l'Aide. La personne ci-haut mentionnée nous autorise à ajouter son nom comme personne-ressource au dossier du bénéficiaire en date du AAAA/MM/JJ. Contacté par :

SECTION 2 - INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Précision sur le réseau social selon le lien (famille, ami, voisin...) :

Personne : Lien : Fréquence : / jour semaine mois Durée : H

Personne : Lien : Fréquence : / jour semaine mois Durée : H

Personne : Lien : Fréquence : / jour semaine mois Durée : H

SECTION 3 - SI MOINS DE 65 ANS*

Référence **OBLIGATOIRE** d'un professionnel de la santé. Nous fournir les explications qui justifient le besoin de service ou joindre le document pertinent :

Spécifiez la durée : Long terme Court terme Date de fin : AAAA/MM/JJ

MODE DE TRANSMISSION

Courriel à info@cabartisans.org Par : Date : AAAA/MM/JJ

ADMISSIBILITÉ

Le CAB Les Artisans de l'Aide se réserve le droit de refuser toute demande ne répondant pas aux critères d'admissibilité pour ce service.