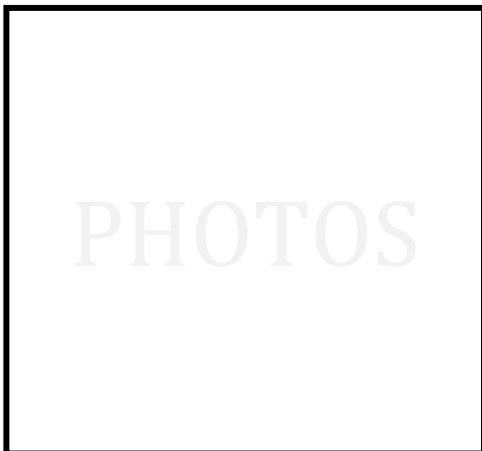


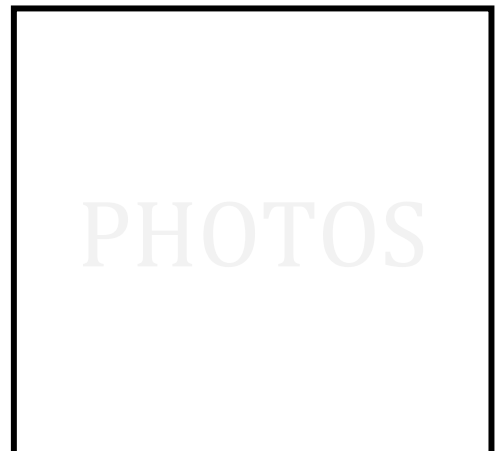
Service de répit-hébergement Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches



MAISON GILLES-CARLE
CHAUDIÈRE-APPALACHES



Nom de l'aidant :



Nom de l'aidé :

Lien

L'aidé(e) est le/la _____ de l'aidant.

Coordonnées de l'aidé :

Téléphone : _____ Adresse _____

Cellulaire : _____

Travail : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Langue parlée : Français Anglais Autre : _____

Aidant(e)

Nom : _____ Date de naissance : _____

Aidé(e)

Nom : _____ Date de naissance : _____

Est-ce que l'aidant utilise des services reliés à son rôle d'aidant ? : _____

Est-ce que l'aidant reçoit ou utilise des services pour les soins et les activités de l'aidé ? : _____

Médecin : _____

Soutien à domicile : _____

Coop de services à domicile : _____

Organismes proches aidants (ex. : CABBE, ABBS) : _____

Autres : _____

Description de la condition de l'aidé(e)

Conditions physiques et limitations

Diagnostics :

Traits de comportement

Est-ce que l'aidé présente des particularités en lien avec ces traits de comportement ?

Agressivité	Oui	Non
Confusion	Oui	Non
Douleur	Oui	Non
Équilibre	Oui	Non
Chutes	Oui	Non
Fatigue	Oui	Non

Mémoire	Oui	Non
Appétit	Oui	Non
Sautes d'humeur	Oui	Non
Sommeil	Oui	Non
Errance nocturne	Oui	Non
Jugement	Oui	Non

Si oui, précisions :

Médication

Veuillez fournir la liste des médicaments de l'aidé provenant de la pharmacie.

Intérêts et activités aimées

Est-ce que l'aidé apprécie les activités suivantes ?

Jeux intellectuels	Oui	Non	Musique	Oui	Non
Bingo	Oui	Non	Pêche	Oui	Non
Bricolage	Oui	Non	Pique-nique	Oui	Non
Cuisine	Oui	Non	Promenade	Oui	Non
Exercice physique (léger)	Oui	Non	Horticulture	Oui	Non
Jeux d'adresse	Oui	Non	Autres :		

Précisions :

Description du soutien reçu par l'aidé(e)

Se nourrir

L'aidé est-il autonome ? Oui Non

Si non, l'aidé est-il capable de... ?

Ouvrir les contenants	Oui	Non
Manger par lui-même	Oui	Non

Précisions :

Se vêtir

L'aidé est-il autonome ? Oui Non
Si non, l'aidé est-il capable de mettre... ?

Bas	Oui	Non
Bretelles	Oui	Non
Jupe/Robe	Oui	Non
Manteau	Oui	Non
Prothèse/Orthèse	Oui	Non
Sous-vêtements	Oui	Non

Boutons	Oui	Non
Gilet	Oui	Non
Lacet	Oui	Non
Pantalons	Oui	Non
Souliers	Oui	Non
Soutien-gorge	Oui	Non

Précisions :

Se laver

L'aidé est-il autonome ? Oui Non
Si non, l'aidé est-il capable de se laver... ?

Bras	Oui	Non
Dos	Oui	Non
Fesses	Oui	Non
Mains	Oui	Non
Pieds	Oui	Non

Devant du corps	Oui	Non
Épaules	Oui	Non
Jambes	Oui	Non
Parties génitales	Oui	Non
Visage	Oui	Non

Précisions :

Soins corporels et d'hygiène

L'aidé est-il autonome ? Oui Non

Si non, l'aidé est-il capable de... ?

Se brosser les dents	Oui	Non
Se maquiller	Oui	Non

Se peigner	Oui	Non
Se raser	Oui	Non

Précisions : _____

Soins liés à la continence

L'aidé est-il autonome ? Oui Non

Si non, l'aidé a-t-il besoin d'aide pour... ?

Aider à la salle de bain	Oui	Non
Incontinence	Oui	Non

Surveiller à la salle de bain	Oui	Non
-------------------------------	-----	-----

Précisions : _____

Mobilité

L'aidé est-il autonome ? Oui Non

Si non, l'aidé utilise-t-il... ?

Canne	Oui	Non
Marchette	Oui	Non
Fauteuil motorisé	Oui	Non

Quadripode	Oui	Non
Fauteuil roulant	Oui	Non
Accompagnement	Oui	Non

Précisions : _____

Transferts

L'aidé est-il autonome ? Oui Non
Si non, l'aidé a-t-il besoin d'aide pour... ?

Toilette	Oui	Non
Chaise	Oui	Non
Unité de douche	Oui	Non

Bain	Oui	Non
Auto	Oui	Non

Précisions : _____

Soins infirmiers ou médicaux

L'aidé est-il autonome ? Oui Non
Si non, faut-il... ?

Rappeler la médication	Oui	Non
Donner la médication	Oui	Non

Préparer la médication	Oui	Non
------------------------	-----	-----

Précisions : _____

Sommeil

L'aidé fait-il... ?



Sieste	Oui	Non
Errance	Oui	Non

Levé la nuit pour salle de bain	Oui	Non
Routine du soir	Oui	Non

Précisions :

Tâches domestiques

L'aidé peut-il et aime-t-il...?

Préparer les repas	Oui	Non
Faire la lessive	Oui	Non
Entretien extérieur	Oui	Non

Faire les courses, les commissions	Oui	Non
Nettoyer la maison	Oui	Non

Précisions :

Soutien et supervision

Faut-il...?

Rester à la maison afin que l'aidé(e) se sente en sécurité	Oui	Non
Offrir un soutien émotionnel, rassurer l'aidé(e)	Oui	Non
Modifier les comportements problématiques, dangereux ou indésirables de l'aidé(e) (ex. crises)	Oui	Non
Encourager l'aidé(e) à participer à différentes activités	Oui	Non
Prévenir les blessures, les accidents ou l'errance	Oui	Non

Précisions :

Relations interpersonnelles

Y a-t-il des sujets délicats qu'il ne vaut mieux ne pas aborder?	Oui	Non
Y a-t-il des sujets dont l'aidé aime particulièrement parler?	Oui	Non
Y a-t-il certaines habitudes qui calment, apaisent ou plaisent à l'aidé?	Oui	Non
Y a-t-il des manières ou des façons de faire qui heurtent l'aidé?	Oui	Non

Précisions :

Autres renseignements

Mise à jour 8 décembre 2020