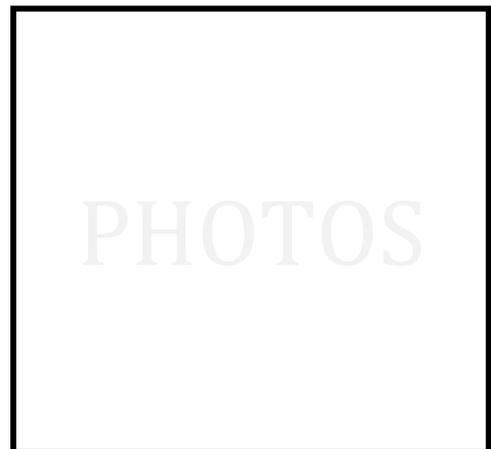
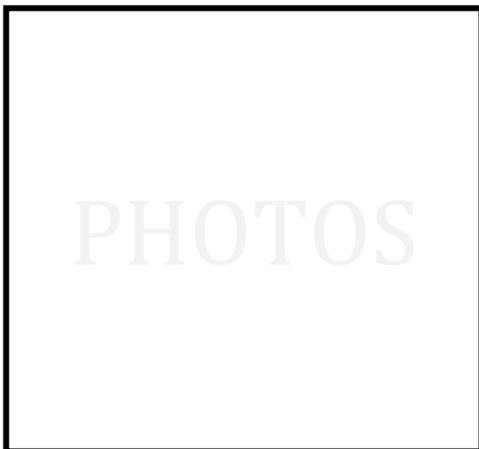


**Service de répit-hébergement
Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches**



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€

Nom : _____ Date de naissance : _____

Est-ce que l'aidant utilise des services liés 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

Diagnostiques :

Traits de comportements importants

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 |

Autres et 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 |
| Bingo | Oui | Non |
| Bricolage | Oui | Non |
| Cuisine | Oui | Non |
| Exercice physique (léger) | Oui | Non |
| Jeux d'adresse | Oui | Non |

| | | |
|--------------|-----|-----|
| Musique | Oui | Non |
| Pêche | Oui | Non |
| Pique-nique | Oui | Non |
| Promenade | Oui | Non |
| Horticulture | Oui | Non |
| Autres : | | |

Précisions :

Description du soutien reçu par l'aidé

Se nourrir

L'aidé est-il autonome ? Oui Non

Si non, l'aidé est-il capable de... ?

| | | |
|---------------------|-----|-----|
| | Oui | Non |
| Manger par lui-même | Oui | Non |

| | | |
|-----------------------|-----|-----|
| Ouvrir les contenants | 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 |

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 de l'aidé

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 7 février 2020