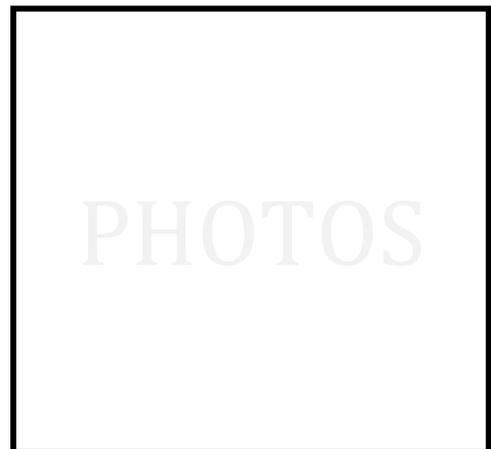
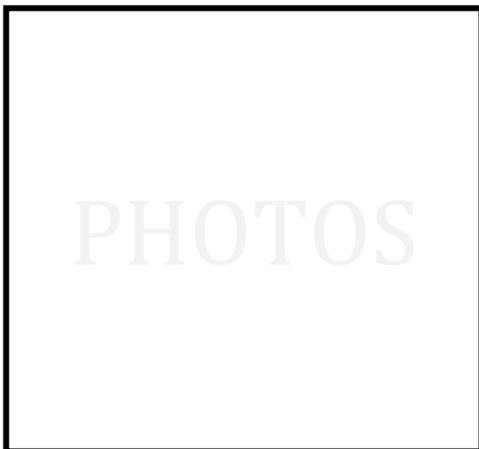


**Service de répit-hébergement  
Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches**



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 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

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

Veillez fournir la liste des médicaments de l'aidé provenant de la pharmacie.  
Veillez apporter son dispill pour la période du séjour ainsi que le profil pharmaceutique.

## 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... ?

Couper ses aliments	Oui	Non
Manger par lui-même	Oui	Non

Ouvrir les contenants	Oui	Non
-----------------------	-----	-----

**Précisions : goûts particuliers?**

---

**Intolérance ou allergie?**

---

## 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 et doit-il (elle) s'asseoir pour le soin d'hygiène

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 (apporter rasoir, rince-bouche et nécessaire personnel)

L'aidé est-il autonome ? Oui Non

**Si non**, l'aidé est-il capable de...

Précisions :

---

---

---

Se brosser les dents	Oui	Non
Se maquiller	Oui	Non

Se peigner	Oui	Non
Se raser	Oui	Non

## Soins liés à la continence (apporter les fournitures sanitaires pour la durée du séjour)

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

Précisions : **heure de levé :** \_\_\_\_\_ **heure de coucher :** \_\_\_\_\_

## Tâches domestiques ou occupationnelles

L'aidé peut-il et aime-t-il... ?

Préparer les repas	Oui	Non	Faire les courses, les commissions	Oui	Non
Faire la vaisselle	Oui	Non	Nettoyer la maison	Oui	Non
Passer le balai	Oui	Non	Plier du linge	Oui	Non
Entretien extérieur	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? Si oui lesquels	Oui	Non
Y a-t-il des sujets dont l'aidé aime particulièrement parler? Si oui lesquels	Oui	Non
Y a-t-il certaines habitudes qui calment, apaisent ou plaisent à l'aidé? Si oui lesquelles	Oui	Non
Y a-t-il des manières ou des façons de faire qui heurtent l'aidé? Si oui lesquelles	Oui	Non
Quel était son métier		
A-t-il (elle) des passions? Si oui laquelle ou lesquelles		
Combien de membres dans sa famille, frères et sœurs?		
Est-il en couple?	Oui	Non
A-t-il (elle) des enfants? Si oui combien?		

Précisions :

---

---

---

## Autres renseignements

---

---

---

---

---

---

Mise à jour 7 février 2021