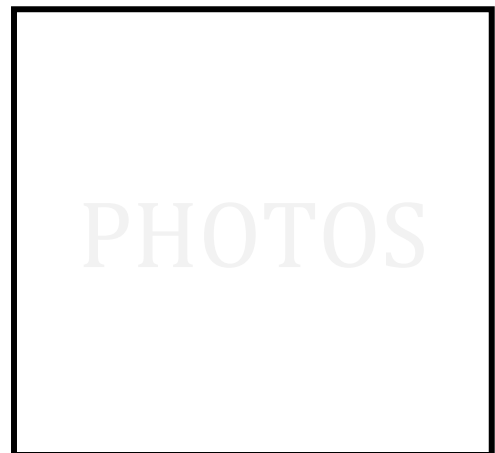
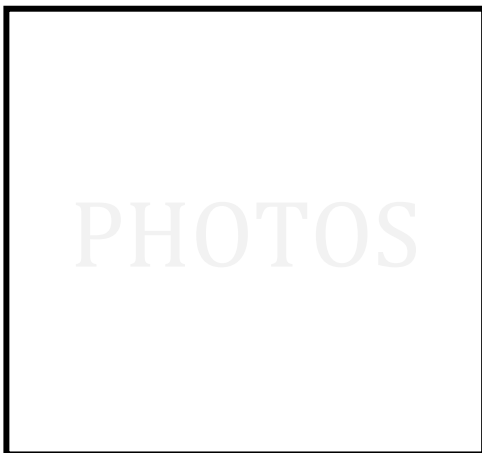


**Service de répit-hébergement
Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches**



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

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