

RÉFÉRENCE
MAISON GILLES-CARLE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Informations concernant l'aidé

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____

Diagnostics : _____

Problèmes de santé particuliers : _____

Est-ce que des équipements ou adaptations sont utilisés pour les activités quotidiennes (ex. : manger, s'habiller, se déplacer, se laver)? _____

A-t-il un suivi au soutien à domicile : oui non

Nom de l'intervenant significatif : _____

Coordonnées du proche-aidant

Prénom : _____ Nom : _____

Lien avec l'aidé : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Coordonnées du référant

Prénom : _____ Nom : _____

Fonction : _____

Nom de l'établissement : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Date d'arrivée souhaitée : _____

Date de départ souhaitée : _____

Est-ce que le proche-aidant sera présent : _____

Signature de la personne référante : _____

Date : _____