

**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 : \_\_\_\_\_