

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

PAGE COMPLÉMENTAIRE DEMANDE GASPA-SAD

ÉTAT FONCTIONNEL

ANTÉRIEUR						
Action	Indépendant	Supervision	Assistance 1	Assistance 2	Levier	Commentaires/spécifications
Mobilité au lit	☐	☐	☐	☐	☐	
Transfert	☐	☐	☐	☐	☐	
Locomotion/ Distance de marche	☐	☐	☐	☐	☐	
Escaliers	☐	☐	☐	☐	N/A	
Habillage	☐	☐	☐	☐	☐	
Hygiène	☐	☐	☐	☐	☐	
Alimentation	☐	☐	☐	N/A	N/A	
Prise de médication	☐	☐	☐	N/A	N/A	
AVD	☐	☐	☐	N/A	N/A	

ACTUEL						
Action	Indépendant	Supervision	Assistance 1	Assistance 2	Levier	Commentaires/spécifications
Mobilité au lit	☐	☐	☐	☐	☐	
Transfert	☐	☐	☐	☐	☐	
Locomotion/ Distance de marche	☐	☐	☐	☐	☐	
Escaliers	☐	☐	☐	☐	☐	
Habillage	☐	☐	☐	☐	N/A	
Hygiène	☐	☐	☐	☐	☐	
Alimentation	☐	☐	☐	N/A	N/A	
Prise de médication	☐	☐	☐	N/A	N/A	
AVD	☐	☐	☐	N/A	N/A	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Mise en charge (appui complet, partiel, aucun, durée) : Précisez : _____
Aide-technique à la mobilité (cane, marchette, déambulateur, etc.) : Précisez : _____
Élimination (incontinence, sonde, stomie, etc.) : Précisez : _____
Difficulté d'expression orale : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____
Problème visuel : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____
Problème d'audition : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____
Soins divers : ☐ Gavage ☐ Trachéo ☐ Gastrostomie ☐ Médicaments intraveineux ☐ Oxygène ☐ C-PAP
Soins de plaies : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____
Diète , précisez : _____

FONCTIONS COGNITIVES

Fonction	Incapacité		Commentaires/précisions
Mémoire	☐ Non	☐ Oui	
Orientation	☐ Non	☐ Oui	
Compréhension	☐ Non	☐ Oui	
Jugement	☐ Non	☐ Oui	
Comportement/Collaboration	☐ Non	☐ Oui	
Phénomène d'errance/Fugue	☐ Non	☐ Oui	

COMPORTEMENT/COLLABORATION :

SURVEILLANCE OU MESURE DE CONTRÔLE REQUISE : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

PIÈCES JOINTES :

- ☐ Formulaire de référence inter établissement, page 1 et 2 ☐ Résumé de dossier (notes médicales et professionnelles)
- ☐ Prescription médicale ☐ Niveau de soins ☐ Rapports de laboratoire ☐ Consentement signé
- ☐ Autres, si requis : _____