

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

DEMANDE DE SERVICE - AIDE À DOMICILE

Ce formulaire doit être complété par l'intervenant pivot à la suite d'une demande d'allocation de ressources (ex. Comité d'allocation de ressources (CAR)). Remettre le formulaire complété au chef d'équipe des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) afin de procéder à l'ouverture du dossier en aide à domicile.

INFORMATIONS SUR L'USAGER			
Joindre une copie de la fiche d'identification I-CLSC à cette demande		☐ Fait	☐ À faire
Demeure :	☐ Seul(e) ☐ Avec :	Langue parlée :	
Situation de vie :			
Diagnostics/Raisons d'intervention :			
Lieu d'intervention :			
I-CLSC	Profil :	Priorité au CAR (ex. P1 ²) :	Profil Iso-SMAF :

PARTICULARITÉS DE L'USAGER ET DE SON ENVIRONNEMENT			
Attente de l'utilisateur face à la prestation de soins :		☐ Homme	☐ Femme ☐ Autre
Trouble de comportement :	☐ Oui	☐ Non	
Utilise aide technique/produit d'élimination :	☐ Oui	☐ Non	
Présence d'animaux :	☐ Oui	☐ Non	
Particularité de l'accès à domicile :	☐ Oui	☐ Non	
Autres :	☐ Oui	☐ Non	

Nom :

Prénom :

#Dossier :

SERVICES OFFERTS EN AIDE À DOMICILE SELON LE PLAN D'INTERVENTION

Objectifs visés : ☐ Surveillance/Stimulation ☐ Compensation des incapacités ☐ Accompagnement

Services accordés	Fréquence	Services accordés	Fréquence

Particularité au niveau de l'horaire des soins :

- ☐ Ne pas débiter les services de soins sans le guide aux soins d'hygiène complété par un professionnel de la réadaptation
☐ Débiter des services de soins au lavabo en attente de la réception du guide aux soins d'hygiène
☐ Aucun guide aux soins d'hygiène sera reçu en raison de :

Autre :

Intervenant pivot : _____

☐ Actif ☐ En attente

Date de réévaluation : _____

aaaa/mm/jj

Complété par : _____

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____

aaaa/mm/jj