

Installation : _____

DEMANDE DE SERVICE PROGRAMME RASSURÉ

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

Objectifs spécifiques

- S'assurer que les besoins primaires de la personne aient trouvé réponse;
- S'assurer que la personne soit en sécurité dans son environnement;
- S'assurer que la personne ait les ressources nécessaires à son maintien à domicile.

Critères d'accessibilité

La personne présente les caractéristiques suivantes :

Est âgée de 65 ans et plus **OU** présente un profil gériatrique ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Apte à effectuer seule ses transferts **avec ou sans** la présence d'aidant(s) naturel(s) pouvant pallier à la difficulté ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Apte à effectuer **seule** ses déplacements avec ou sans aides techniques ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Désire demeurer à domicile et préserver son autonomie ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Habite sur le territoire de la Montérégie-Ouest ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

N'est actuellement pas desservie par les services du SAD ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Ou ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Est présentement en **attente** de prise en charge par un professionnel du SAD ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Nécessite un soutien de courte durée, **et ce, dans les prochains jours** afin de retourner à domicile en toute sécurité ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

La personne présente une des situations suivantes :

Présente une déficience physique ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Vient de subir une chirurgie ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Présente une fragilité cardiaque ou pulmonaire ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

A subi une ou des fractures ☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Toute autre situation où le potentiel de retour à l'autonomie de la personne est envisageable à court terme et répond aux objectifs ci-haut mentionnés.

Précisez : _____

☐ **OUI** ☐ **NON** ☐ **N/A Inconnu**

Nom :

Prénom :

Dossier :

Critères d'exclusion

- La personne est âgée de moins de 65 ans **ET** ne présente pas de profil gériatrique.
- La personne présente un trouble cognitif modéré à sévère ou un diagnostic lié à la santé mentale dont les symptômes ne permettent pas d'assimiler et d'appliquer des recommandations de façon autonome.
- La personne présente une déficience intellectuelle dont la situation ne permet pas d'assimiler et d'appliquer des recommandations de façon autonome.

Cheminement de la demande de service

Les demandes de service doivent être dirigées vers l'accueil centralisé (ou guichet d'accès) du soutien à domicile selon les modalités habituelles (demande de services inter-établissements (DSIE) dûment complétée). Le médecin de famille ou le proche de la personne doivent communiquer avec le guichet d'accès.

Contenu de la demande de service

Il est fortement recommandé que le dossier soumis à l'accueil centralisé contienne les éléments suivants afin de faciliter le processus et d'éviter les délais inutiles :

- Fiche de demande d'accès au programme (DSIE ou autre)
- Sommaire médical
- Rapports professionnels
- Profil pharmacologique
- État fonctionnel
- Prisma-7

Signature et titre : _____

Date : _____
aaaa/mm/jj