

**Date :**

**Nom de la personne atteinte d'une maladie cognitive (probable ou diagnostiquée) :**

(Prénom, nom)

Diagnostic et date de ce dernier (si connus) :

En cours

Veillez  
préciser :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N° de tél. :

Adresse :

Pouvons-nous vous laisser un message?    Oui    Non

Courriel :

Choix de la langue de service :    Anglais    Français    Autre :

**Nom du proche aidant :**

(Prénom, nom)

Relation avec la  
personne ci-dessus :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N° de tél. :

Adresse :    Même que celle mentionnée ci-dessus :    Autre, veuillez préciser :

Pouvons-nous laisser un message?    Oui    Non

Courriel :

Choix de la langue de service    Anglais    Français    Autre :

**Formulaire d'aiguillage effectué par :**

(nom de l'agence et de la personne)

Adresse :

N° de tél. :

Courriel :

N° de télécopie :

**Je recommande :**    La personne atteinte d'une maladie cognitive    Le proche aidant    Les deux

**Veillez contacter :**    La personne atteinte d'une maladie cognitive    Le proche aidant    Les deux

**J'ai le consentement verbal  
de la personne :**    Oui    Non

Veillez fournir seulement le numéro Carte d'Assurance-santé de l'Ontario de la personne que vous nous envoyez.

**Carte d'Assurance-santé de l'Ontario de la  
personne atteinte d'une maladie cognitive :**

**Carte d'Assurance-santé de  
l'Ontario du proche aidant :**

**Raisons du service requis :**    Diagnostic récent    Conditions de logement et soutien à la transition    Soutien émotionnel  
Changements de comportement    Éducation/Information    Préoccupations de sécurité    Services communautaires disponibles  
L'engagement aux activités sociales et physiques    Autre(s)/Programme particulier. Veuillez préciser :

**Commentaires  
supplémentaires :**

**Risques connus?**    Oui    Non    Si oui, veuillez coucher toutes les réponses qui s'appliquent :

Dynamique familiale    Maladies contagieuses    Infestation/Insalubrité    Animaux de compagnie    Environnement physique  
Hospitalisations récentes    Comportements réactifs    Tabagisme    Armes    Autre(s) :

**Veillez fournir tout autre document et rapport pertinents.**