

Société Alzheimer Society

Formulaire de référence

Télécopieur : 613-932-6154

Est-ce que la personne référée a été avisée que la Société Alzheimer le/la contacterait par téléphone?

Aidant(e): Oui Non

Client(e) : Oui Non

1. Informations de l'aidant(e)

Nom: _____ Relation: _____

Adresse: _____ Ville : _____

Code postal: _____ Date de naissance: _____

Numéro de carte Santé : _____ Courriel: _____

Téléphone (maison) : _____ (Travail): _____

Langue de préférence: Anglais Français Autre

Intervention d'une autre agence: _____

Procuration : soins personnels _____ finances _____ les deux : _____ GP : _____

2. Informations de la Personne atteinte de Démence

Nom: _____ Relation : _____

Adresse: _____ Ville: _____

Code postal: _____ Date de naissance: _____

Numéro de carte Santé : _____ Courriel: _____

Téléphone (Maison) : _____ (Travail): _____

Langue de préférence : Anglais Français Autre

Le diagnostic: _____ Date du diagnostic : _____

Est-ce que le client est conscient de leur diagnostic ? Oui Non

Médecin de famille : _____

3. Raison pour la référence - (S.V.P. cocher les problèmes d'importance.)

Informations sur le diagnostic

- Activités de la vie quotidienne Stress de l'Aidant Condition médicale Gestion des symptômes
Diagnostic

Liens vers des services

- Soutien des pairs Répit et Secours Répit et Activation
 Sécu-Retour Premier Lien MIM ___ PDJ ___ Ipod ___
Éducation Soutiens\Counselling Ressources Communaitaires
 Partenariat en soins transitoire. Autre _____

Risque

- Abus Conduire Vivre Seul Sécurité Errance

4. Source de référence

Référé par: _____ Date: _____

Agence de référence: _____ Téléphone #: _____

Courriel : _____ Téléc. # : _____

Pour la Société Alzheimer seulement Nom du Conseillère: _____

Date du contact : _____ 1. Dossier # _____ 2. Dossier # _____

Commentaires : _____