



## Formulaire d'inscription

Date de réception :	_____	No. Dossier :	_____
Nom :	_____	M O	F O
Adresse :	_____ _____		
Numéro de téléphone :	_____		
Date de naissance :	_____	Âge :	_____
Diagnostic :	_____		
Depuis combien de temps avez-vous reçu ce diagnostic? :	_____		

### 1. Intervenante(e)

Nom de l'intervenante : \_\_\_\_\_

CLSC Lamater O Poste : \_\_\_\_\_ CLSC Meilleur O Poste : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

### 2. Évaluation de la situation de vie

2.1 Quelles sont vos alternatives d'hébergement?

- Situation intolérable (situation de crise, hébergement d'urgence, sécurité et intégrité de la personne mise en danger, etc.)
- Situation tolérable (autres alternatives possibles, la personne peut rester à domicile avec le CES, etc.)

Expliquez :

---

---

---

---



## 2.2 Quelle est votre situation actuelle?

- Personne isolée (aucune personne significative disponible)
- Personne victime d'abus physique/psychologique/financier
- Personne victime de négligence
- Personne vivant un deuil ou une perte récente non acceptée
- Personne présentant des risques pour elle-même ou pour les autres, si laissée sans supervision (au niveau de la sécurité)

Expliquez :

---

---

---

---

## 2.3. En cas de besoin, qui vous aide à réaliser vos activités?

- En hébergement
- Absence de support naturel
- Très épuisé (hospitalisation, maladies, demandes fréquentes d'hébergement temporaire, etc.)
- Absence fréquente de(s) (l') aidant(s)
- Aidant(s) vieillissant(s) ou ayant des problèmes de santé
- À risque d'épuisement ou montre quelques signes
- Ne montre pas de signe d'épuisement

Expliquez :

---

---

---

---

## 3. Environnement physique

### 3.1 Quelles sont vos conditions d'habitation actuellement?

- Logement non adapté (adaptations majeures)
- En attente d'hébergement
- Hébergé (CHSLD, RTF, RI, résidence privée)
- Logement pas suffisamment adapté (adaptations mineures)
- Logement adapté



3.2 Votre demeure actuelle correspond-t-elle à vos besoins?

Oui  Non

Expliquez :

---

---

---

---

3.3 Combien de personnes vivent avec vous?

Nombre d'adultes : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

3.4 Quelle grandeur de logement désirez-vous?

3½  4½

3.5 Dans quelle ville aimeriez-vous avoir votre logement?

Le Gardeur  Terrebonne

Informations supplémentaires :

---

---

---

---

#### 4. Votre situation

4.1 Nombre d'heures soins au total : \_\_\_\_\_

AVQ : \_\_\_\_\_

AVD : \_\_\_\_\_



#### 4.2 Avez-vous besoin d'aide pour vos déplacements?

Oui  Non

Utilisez-vous :

Un fauteuil roulant

Manuel

À l'occasion

Pour tous les déplacements

Motorisé

À l'occasion

Pour tous les déplacements

Une marchette

À l'occasion

Pour tous les déplacements

Une canne

À l'occasion

Pour tous les déplacements

Un quadriporteur

À l'occasion

Pour tous les déplacements

#### 4.3 Avez-vous besoin d'aide pour les activités suivantes?

	TOUJOURS	À L'OCCASION	JAMAIS
Les déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les déplacements à l'extérieur en été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en hiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide au lever, coucher (transferts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les soins d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communiquer (parler, utiliser le téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'entretien ménager (ménage, lessive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**5. Expliquez en quelques lignes les raisons pour lesquelles vous aimeriez venir vivre dans un de nos logements.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Si le formulaire est rempli par une autre personne**

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne ayant rempli le formulaire

\_\_\_\_\_  
Date

**Si le formulaire est rempli par téléphone**

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne ayant rempli le formulaire

\_\_\_\_\_  
Date