|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dossier DI-TSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Dossier DP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Dossier ICLSC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | |
| Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | |
| D.D.N. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_ |  | | -- |  | -- |  |
| AAAA MM JJ | | | | | | |



\*MCQ00162\*

MCQ00162

**DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP**

**Guichet d’accès Accueil-Évaluation-Orientation-Liaison (AEOL)**

**Services résidentiels (annexe 5)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Résumé de la situation antérieure (éléments antérieurs ayant un impact sur la situation actuelle, habitudes et conditions de vie antérieures, nombres d’années de résidence dans la localité où l’hébergement est souhaité, etc.) : | | | | |
|  | | | | |
| Motif de la demande de placement (description de la situation actuelle perçue par la personne et le professionnel) : | | | | |
|  | | | | |
| Alternatives au placement déjà envisagées et résultats obtenus : | | | | |
|  | | | | |
| Placements antérieurs (au besoin, ajouter une feuille supplémentaire) : | | | |
| Date de début | Date de fin | Types de ressources (nom) | Motif(s) de départ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dossier de l’usager**

\*MCQ00162\*

MCQ00162

**Nom, Prénom**

|  |
| --- |
| Sommeil (insomnie, heures de coucher et de lever, sieste, errance, etc.) : |
|  |
|  |
| Sexualité (comportements sexuels inappropriés, comportements à risque, vulnérabilité, etc.) : |
|  |
|  |
| Problématiques comportementales (Ex : Frapper, mordre, s’automutiler, etc.): |
|  |
|  |
| Usage d’alcool, tabac et drogue : |
|  |
| Autres informations pertinentes : |
|  |

**ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE/DOMESTIQUE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sans  aide | Avec  aide | Par  autrui | À  acquérir | Définir aide requise |
| Manger, se nourrir |  |  |  |  |  |
| Se laver |  |  |  |  |  |
| Prendre un bain, douche |  |  |  |  |  |
| Se vêtir/dévêtir |  |  |  |  |  |
| Utiliser les toilettes |  |  |  |  |  |
| Monter/descendre les escaliers (nombre de marches) |  |  |  |  |  |
| Prendre ses médicaments |  |  |  |  |  |
| Autres, précisez |  | | | | |

**CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU DE VIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autonomie fonctionnelle** | | | | | | | |
| Aides techniques | | | | | | | |
| Orthèses :  Membres supérieurs  Membres inférieurs | | | | | | Marchette :  Fixe  Rollator | |
| Fauteuil roulant manuel : | | | Se propulse | Propulsé par autrui | | Fauteuil roulant motorisé | |
| Station debout | | | Canne(s) | | | Chaussures orthopédiques |  |
| Béquilles standards | | Béquilles canadiennes | | | | Tripode(s) ou quadripode(s) | |
| Positionnement (aide technique à la posture) | | | | | | Adaptations à la salle de bain | |
| Autres, précisez : | | | | | Adaptations de la chambre | | |
|  | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Dossier DI-TSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | | | Dossier DP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | | | Dossier ICLSC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | | | Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | | | Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | | | D.D.N. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_ |  | | -- |  | -- |  | | AAAA MM JJ | | | | | | |   CIUSSS_Mauricie_Centre_Qc_im  \*MCQ00162\*  MCQ00162  **DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP**  **Guichet d’accès Accueil-Évaluation-Orientation-Liaison (AEOL)**  **Services résidentiels (annexe 5)** | | | | | | | |
| **Localité géographique du milieu d’accueil souhaité** | | | | | | | |
| Milieu urbain | Milieu rural | | | Région souhaitée : | |  | |
| **Mobilité/Déplacements** | | | | | | | |
| **Transferts** | | | | | | | |
| Seul  Avec aidant (PDSB)  Avec lève-personne | | | | | | | |
| **Positionnement** | | | | | | | |
| Chaise d’aisance  Table à langer  Fauteuil roulant  Sol  Lit  Bain | | | | | | | |
| Autres , précisez : | |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Signature du professionnel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AAAA-MM-JJ