

Entente de référence pour proche aidant d'une personne âgée/profil gériatrique

INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL RÉFÉRANT (médecin, infirmière, intervenant social, travailleur social, autre)

Prénom :	Nom :
Fonction :	Organisation :
Téléphone :	Courriel :

INFORMATIONS SUR LE PROCHE AIDANT (à compléter par le professionnel référent)

Prénom :	Nom :	Lien avec l'aidé :
Cohabitation avec l'aidé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Code postal aidant :	Code postal aidé :
Langue parlée (aidant) :	Durée du rôle d'aidant _____ mois (la durée peut différer du moment du diagnostic de la maladie)	
Atteinte(s) de la personne aidée :		

BESOINS EXPRIMÉS PAR LE PROCHE AIDANT (à compléter par le professionnel référent)

- Auriez-vous de l'intérêt à recevoir du soutien à propos des thématiques suivantes?
(cochez et soulignez un ou plusieurs éléments)
 - Répît** (domicile, hors-domicile, fin de semaine, semaine, etc.)
 - Formation (soins, communication, comportement, déplacement sécuritaire, etc.)
 - Soutien psychosocial (groupe de soutien, rencontre individuelle, loisirs, etc.)
 - Information (maladie, ressources d'aide, transport, etc.)
 - Autres besoins exprimés par le proche aidant
 Précisez : _____
- Utilisez-vous des ressources d'aide qui peuvent vous soutenir dans votre rôle de proche aidant? Oui Non
Si oui, lesquelles : _____
- Rencontrez-vous des difficultés ou des obstacles dans votre rôle de proche aidant? Oui Non
Si oui, lesquels : _____

RÉFÉRENCE **Info-aidant**

Courriel : info-aidant@lappui.org

Fax : 514-789-2658

Autorisez-vous qu'une conseillère spécialisée du **service Info-aidant** communique avec vous pour vous offrir un service gratuit, confidentiel et professionnel visant à vous écouter, vous informer et vous référer au regard de votre rôle de proche aidant?
 Oui Non

Si oui, préférez-vous être rejoint la première fois par :

Courriel _____ Téléphone _____ *

* Si vous avez choisi le téléphone, nous autorisez-vous à laisser un message si vous êtes absent? Oui Non

Signature du proche aidant : _____ Date : _____

Si l'autorisation vous est donnée verbalement :

Signature du professionnel référent : _____ Date : _____

Dans le souci d'assurer un suivi et un soutien adéquat j'accepte que le professionnel référent et l'intervenant de l'Appui pour les proches aidants d'ânés communiquent et s'échangent de l'information pertinente et nécessaire relative à ma situation.

Oui Non

Notes complémentaires : _____