

# Formulaire de demande d'hébergement ou de répit

**DOCUMENT  
CONFIDENTIEL**



Maison de Répit  
**Comme Chez Soi**  
en Beauce

2953, 1<sup>re</sup> avenue Clermont-Pépin  
Saint-Georges (Québec)  
G5Y 5P9  
418 225.9144

## Critères d'admissibilité

### PROFIL :

- ✓ Personne âgée dont le proche aidant a besoin de répit
- ✓ Habite à domicile ou en RPA

### NIVEAU D'AUTONOMIE :

- ✓ Déficit cognitif léger à modéré (ne démontre aucun signe d'agressivité ou d'errance intrusive ou extérieure éminente)
- ✓ Déficit physique léger (ne requiert aucune aide aux transferts, sauf de façon occasionnelle)
- ✓ Se déplace seul ou avec une aide technique à la marche
- ✓ Communique aisément ses besoins (verbalement ou à l'aide de pictogrammes)
- ✓ S'alimente seul

### AUTRES CRITÈRES

- ✓ Ne démontre aucun risque d'étouffement accru, ni de troubles alimentaires ou d'allergies sévères
- ✓ Incontinence légère
- ✓ État de santé stable, sans infection apparente et sans plaie qui nécessite des soins

## Renseignements de la personne aidée

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Renseignements du proche aidant(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Lien avec l'aidé(e) : \_\_\_\_\_

Réside avec la personne aidée :  OUI  NON

## Conditions de la personne aidée

Poids (lbs): \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_  Gauchère  Droitière

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

### Difficultés physiques :

Équilibre / Risque de chute : \_\_\_\_\_

Problème d'audition : \_\_\_\_\_  Appareils auditifs

Problème de vision : \_\_\_\_\_  Lunette

Douleur : \_\_\_\_\_

Allergies / autres : \_\_\_\_\_

Déplacement autonome  Canne  Marchette  Déambulateur

Aide requise pour aller à la salle de bain  Incontinence urinaire  Incontinence fécale

Légère  Légère

Serviette sanitaire  Serviette sanitaire

Culotte protectrice  Culotte protectrice

Utilise une chaise d'aisance durant la nuit

### Difficultés cognitives :

Difficulté à comprendre les consignes \_\_\_\_\_

Rappel des séquences nécessaire : \_\_\_\_\_

Comportements à surveiller : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

## Habitudes de la personne aidée

### Sommeil :

Heure du lever : \_\_\_\_\_ Heure du coucher : \_\_\_\_\_

Difficulté de sommeil / Nuit mouvementée / Errance nocturne

A besoin d'aide pour se lever

Fait une sieste durant la journée      Heure de la sieste : \_\_\_\_\_

### Hygiène :

Bain                       Douche                       Partielle (au lavabo)

N'aime pas se laver

Autonome                       Besoin d'assistance

Moment de l'hygiène :     Matin                       Midi                       Soir

### Habillement :

Autonome

A besoin d'assistance

Besoin d'aide pour sortir ses vêtements

### Alimentation :

Allergie : \_\_\_\_\_

Intolérance : \_\_\_\_\_

Problème de déglutition : \_\_\_\_\_

Aliments / repas préférés : \_\_\_\_\_

Aliments / repas à éviter : \_\_\_\_\_

Breuvages habituels lors des repas : \_\_\_\_\_

Collations préférées : \_\_\_\_\_

### Rituels ou habitudes importantes :

### Passe-temps ou loisirs :

## Informations médicales

### Médication :

- Aucune                       En dispill (pilulier)                       Au besoin (PRN)
- Médication autre que par voie orale : \_\_\_\_\_
- ✓ Le pilulier doit obligatoirement être préparé par la pharmacie.
  - ✓ Aucun ajout ni retrait au pilulier n'est autorisé durant l'hébergement.
  - ✓ Seuls les médicaments dans le pilulier ou les médicaments en vente libre avec prescription peuvent être donnés durant l'hébergement.
  - ✓ Les médicaments qui doivent être donnés au besoin (PRN) doivent être inclus dans le pilulier ou dans un pilulier indépendant.
  - ✓ Les crèmes et les onguents médicamenteux doivent contenir la prescription du médecin. Les produits ne doivent pas être périmés.

### Contacts / Référents :

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Intervenant(e) CLSC : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Organisme référent : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### URGENCE MÉDICALE :

- J'accepte** qu'en cas d'urgence médicale, l'ambulance sera appelée. Un retour à la maison de répit à la suite d'un transfert à l'hôpital nécessite une réévaluation.
- J'accepte** qu'en cas d'arrêt cardiorespiratoire, l'usager sera réanimé.
- J'accepte** qu'en cas d'urgence médicale ayant une incidence sur le fonctionnement de la maison, de venir chercher mon proche dans un délai de 3 heures si un employé de la maison de répit me le demande.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations contenues dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à ma compréhension.

**En cochant la case ci-dessous et en y inscrivant votre nom complet, vous reconnaissez avoir lu et accepté les conditions. Cette action équivaut à une signature.**

Nom complet du proche-aidant : \_\_\_\_\_

Témoin à la signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  J'ai lu et accepté les conditions

## Autres informations

### Personnes à contacter en cas d'urgence :

En cas d'une urgence, le proche-aidant(e) sera appelé(e) en premier. Si nous n'avons aucune réponse, nous communiquerons avec les contacts d'urgence en ordre de priorité.

Si nous observons des comportements qui sont hors de notre contrôle ou une instabilité médicale qui dépasse notre offre de services, vous ou votre contact d'urgence aurez un maximum de 3 heures pour venir chercher votre proche.

Contact d'urgence 1 : \_\_\_\_\_

Lien avec l'aidé(e) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Contact d'urgence 2 : \_\_\_\_\_

Lien avec l'aidé(e) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### Laissez-nous savoir vos attentes envers le séjour de votre proche :

#### Coût :

Un montant de **35\$** par jour est exigé pour couvrir les frais associés aux repas et aux collations. Pour un répit sans hébergement, le montant est de **25\$** par jour. Le paiement devra se faire au début du séjour, soit en argent ou par chèque, à l'attention de la *Coopérative Aide Chez Soi en Beauce*. Si, de façon exceptionnelle et selon la disponibilité, le proche-aidant souhaite prendre un repas avec son proche lors du séjour, un montant de **10\$** sera exigé.

#### Politique d'annulation :

##### ▪ Répit avec hébergement

- **72 heures avant le séjour** : nous facturons 50% du montant total prévu au séjour ;
- **Le jour même** : nous facturons 75% du montant total prévu au séjour ;
- **Pendant le séjour (doit quitter pour des raisons de santé)** : nous facturons le montant des journées d'hébergement complétées seulement.

##### ▪ Répit sans hébergement

- Nous vous demandons de nous aviser d'une absence 24 heures à l'avance, sinon des frais de 15\$ seront appliqués.

Si vous devez annuler la présence de votre proche en raison de son hospitalisation, aucun frais ne seront appliqués.

# Formulaire de consentement au partage d'informations

## Maison de répit – Comme chez soi en Beauce

2953, 1<sup>re</sup> avenue  
Saint-Georges (Qc)  
G5Y 5P9

### Informations sur le bénéficiaire du service

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), autorise la **Maison de répit – Comme chez soi en Beauce**, à recueillir, utiliser et partager certains renseignements personnels ou médicaux concernant mon proche dans le but de :

- Assurer un accompagnement sécuritaire et personnalisé lors du séjour à la maison de répit;
- Collaborer avec les professionnels de la santé, intervenants sociaux ou autres organismes impliqués dans son suivi.

Les informations suivantes peuvent être recueillies et partagées au besoin :

- Informations médicales pertinentes (allergies, diagnostics, traitements, médication);
- Besoins particuliers ou limitations fonctionnelles;
- Plans d'intervention ou d'accompagnement;
- Coordonnées des professionnels impliqués (médecin, travailleur social, etc.).

L'information peut être partagée avec les personnes ou organisations suivantes, uniquement lorsque cela est nécessaire :

- Personnel autorisé de la Maison de répit – Comme chez soi en Beauce;
- Professionnels de la santé, intervenants sociaux ou organismes impliqués auprès de votre proche;
- Urgence médicale (ex. : hôpital, 911).

Ce consentement est valide pour la durée de l'utilisation des services de la maison de répit. Je comprends que je peux retirer ce consentement en tout temps, en faisant une demande écrite à la Maison de répit – Comme chez soi en Beauce.

Je reconnais avoir lu et compris les termes de ce formulaire et je consens à ce que les informations soient partagées tel qu'indiqué ci-dessus.

**En cochant la case ci-dessous et en y inscrivant votre nom complet, vous reconnaissez avoir lu et accepté les conditions. Cette action équivaut à une signature.**

J'ai lu et accepté les conditions

Nom complet : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Formulaire de consentement à la publication de photos et vidéos

Nom de l'aidé(e) : _____	Date de naissance : _____
Nom du proche-aidant(e) : _____	
Lien avec l'aidé(e) : _____	Téléphone : _____

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise la *Maison de répit – Comme chez soi en Beauce*, à capturer, utiliser et publier des photographies, vidéos ou tout autre support audiovisuel dans lequel mon proche figure dans le cadre de ses activités.

Cette autorisation inclut, sans limitation de durée, la reproduction et la diffusion de ces images dans les supports suivants :

- Site internet de l'organisation
- Réseaux sociaux officiels (Facebook, Instagram, YouTube, etc.)
- Brochures, affiches, newsletters
- Médias audiovisuels à des fins de promotion ou d'information

Je comprends que ces images peuvent être vues par le public et qu'aucune rémunération ne me sera versée pour l'utilisation de ces supports. Je comprends également que je suis libre de donner mon consentement. Je peux, en tout temps, retirer mon consentement en partie ou totalement en avisant par écrit la *Maison de répit – Comme chez soi en Beauce*. Je reconnais avoir pris connaissance de l'information contenue dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à ma compréhension.

**J'autorise** la prise et la publication de photos et vidéos de mon proche.

**Je n'autorise pas** la prise et la publication de photos et vidéos de mon proche.

**En cochant la case ci-dessous et en y inscrivant votre nom complet, vous reconnaissez avoir lu et accepté les conditions. Cette action équivaut à une signature.**

Lieu : Saint-Georges Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom complet : \_\_\_\_\_

J'ai lu et accepté les conditions

# Mon histoire de vie

## Enfance

Je suis né(e) le :	
Municipalité de mon enfance :	
Prénom et Nom de mon père :	
Prénom et Nom de ma mère :	
Prénom et Nom de mes frères et sœurs (en ordre chronologique)	
Mon domaine d'étude est :	
Mon surnom était :	

## Adulte

Nom de mon conjoint(e) :	
Prénom et nom de mes enfants (en ordre chronologique)	
Municipalité où j'ai habité :	
Mon métier était :	
J'ai travaillé longtemps chez :	
Ces événements ont été marquants dans ma vie :	

## Retraite

Âge de ma retraite :	
Mes passe-temps favoris sont :	
Prénom et nom de mes petits-enfants :	
J'aime parler de :	
Je n'aime pas parler de :	

## Je suis

<input type="checkbox"/> Introvers(e)	<input type="checkbox"/> Sociable
<input type="checkbox"/> Extravers(e)	<input type="checkbox"/> Gêné(e)
<input type="checkbox"/> Curieux(se)	<input type="checkbox"/> Têtu(e)
<input type="checkbox"/> Anxieux(se)	<input type="checkbox"/> Méfiant(e)
<input type="checkbox"/> Sensible	<input type="checkbox"/> Jovial(e)
<input type="checkbox"/> Créatif(ve)	<input type="checkbox"/> Autre :

## Mes peurs et insécurités

J'ai peur de :	
Je suis inconfortable dans ces situations :	
Si je ne suis pas bien, voici ce qui m'aide à me calmer :	

## Ma relation avec les animaux (si activité de zoothérapie):

<input type="checkbox"/> J'aime les animaux
<input type="checkbox"/> J'ai peur de ces animaux :
<input type="checkbox"/> Je suis allergique à ces animaux :
<input type="checkbox"/> J'ai déjà eu des animaux, lesquels :
<input type="checkbox"/> Autres :

## **PRODUITS PERSONNEL À APPORTER POUR LE SÉJOUR**

- Savon / Gel douche / Shampoing
- Produits personnels (déodorant, crème hydratante, crème solaire, produits pour les cheveux, parfum, etc.)
- Dentifrice / Brosse à dents / contenant à dentier
- Rasoir (électrique seulement) et chargeur si nécessaire
- Peigne / Brosse à cheveux
- Produits sanitaires : culottes protectrices ou protection sanitaire
- Vêtements adaptés à la saison et en quantité suffisante pour le séjour
- Vêtements de nuit
- Chaussure d'intérieur et d'extérieur, chapeau et casquette
- Auxiliaire de marche, si requis
- Items de loisirs (mots cachés, sudoku, tablette électronique, livre, etc.)
- Médicaments préparés par le pharmacien en dosette
- Carte d'assurance maladie et d'hôpital

\* Ne pas apporter d'objet de valeur.

## **PRODUITS/ÉQUIPEMENTS À APPORTER POUR LA JOURNÉE**

De 8h à 16h

- Dentifrice / Brosse à dents / contenant à dentier
- Produits sanitaires : Culottes protectrices ou protection sanitaire
- Auxiliaire de marche, si requis
- Médicaments préparés par le pharmacien en dosette
- Carte d'assurance maladie et hôpital
- Vêtement de rechange
- Vêtement extérieur de saison
- Prévoir le paiement en argent ou par chèque (25\$/jour)

\* Ne pas apporter d'objet de valeur.