



Date : _____

DINER COMMUNAUTAIRE

FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Nom du bénéficiaire : _____

Sexe F ☐ M ☐

Adresse complète : _____

Fumeur O ☐ N ☐

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Animaux O ☐ N ☐Langue F ☐ A ☐Nom du référent : _____ Dossier CLSC : **Oui** ☐ **Non** ☐

Organisme référent : _____

Coordonnées : _____ # : _____ @ : _____

	La personne...	OUI	NON
1.	Est âgée de 65 ans et plus (_____) ? (Si non, remplir aussi la section 3)	☐	☐
2.	Habite seule?	☐	☐
3.	A un réseau restreint? (Précisez à la section 2)	☐	
4.	A tendance à vouloir fuguer? (Ex. : sortir sans avertir)		☐
5.	A un début de perte cognitive?		☐
6.	A une mémoire altérée?		☐
7.	A une conversation fluide?	☐	
8.	Est capable de faire une activité?	☐	
9.	Présente une condition médicale stable?	☐	
10.	Présente une détresse psychologique ou risque de suicide?		☐
11.	Reconnaît les personnes de son entourage?	☐	
12.	Est orientée dans le temps ou l'espace?	☐	
13.	Peut présenter des signes d'agressivité?		☐
14.	Peut sortir à l'extérieur en toute sécurité?	☐	
15.	Est en mesure de communiquer ses besoins?	☐	
16.	Est en mesure d'aller seule aux toilettes?	☐	
17.	Maintient son autonomie avec l'aide technique?	☐	
18.	A besoin d'un transport?	☐	☐
19.	Habite dans une RPA ou un HLM?	☐	☐
20.	Incontinence urinaire? (Si oui, doit porter des culottes d'incontinence)	☐	☐

SECTION 1 - LOI 25 - Consentement obligatoire

Le bénéficiaire consent à recevoir le service de **DINER COMMUNAUTAIRE** et à ce que les renseignements inscrits dans ce formulaire soient transmis au CAB Les Artisans de l'Aide. De plus, le bénéficiaire nous autorise à communiquer avec la personne-ressource au dossier, en cas de besoin en date du _____.

Personne-ressource:

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

Par CAB Les Artisans de l'Aide. La personne ci-haut mentionnée nous autorise à ajouter son nom comme personne-ressource au dossier du bénéficiaire en date du _____. Contacté par : _____

SECTION 2 - PROFIL DE L'USAGER

ALIMENTAIRE

La personne a	OUI	NON	La personne...	OUI	NON	Spécification
Perte de mobilité	☐	☐	A une allergie	☐	☐	
Trouble de mémoire	☐	☐	A une intolérance	☐	☐	
Trouble cognitif	☐	☐	Est diabétique	☐	☐	
Problème de surdité	☐	☐	AIDE TECHNIQUE (cochez si vous utiliser une des aides)			
Problème d'élocution	☐	☐	Canne	☐		
Perte visuelle	☐	☐	Marchette	☐	→ Pliante ☐ Non-pliante ☐	
Bonbonne d'oxygène	☐	☐	Déambulateur	☐		
Consomme drogue ou alcool	☐	☐	Béquille	☐		

Informations complémentaires :

Précision sur le réseau social selon le lien (famille, ami, voisin...) :

Personne : _____ Lien : _____ Fréquence : ____ / ☐ jour ☐ semaine ☐ mois Durée : ____ H

Personne : _____ Lien : _____ Fréquence : ____ / ☐ jour ☐ semaine ☐ mois Durée : ____ H

SECTION 3 - SI MOINS DE 65 ANS

Référence **OBLIGATOIRE** d'un professionnel de la santé. Nous fournir les raisons qui justifient le besoin de service ou joindre le document pertinent :

Spécifiez la durée : Long terme ☐ Court terme ☐ Date de fin : _____

MODE DE TRANSMISSION

Courriel à info@cabartisans.org ☐ Télécopieur : 450 472-9586 ☐ Téléphone : ☐ Date : _____

SECTION À COMPLÉTER PAR LE CAB Les Artisans de l'Aide

Admissible ☐ Non-admissible ☐ Coordination : _____

Motif du refus : _____ Xaequo : **Oui** ☐ **Non** ☐

Date première participation : _____ Révision après _____ fréquence(s)