

CERD Demande de services

Nous nous engageons à protéger la confidentialité et la sécurité de tous les renseignements personnels qui nous sont confiés.

Renseignements personnels sur le client/la cliente

Salutation	Prénom	Nom de famille	
Adresse postale (n ^o , rue, bureau)			
Ville/Province		Code postal	
N ^o de téléphone (maison)		N ^o de téléphone (cellulaire)	
Date de naissance jour-mois-année	Genre	État matrimonial	
N ^o de carte Santé de l'Ontario			
Type d'handicap physique			
Date de début jour-mois-année	Fumeur/Fumeuse <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non		
Quelle est votre langue maternelle ?			
Si votre langue n'est ni l'anglais ni le français, dans quelle langue officielle êtes-vous le plus à l'aise?			

Veillez indiquer à quel programme vous faites une demande :

- Programme de logement accessible avec services de soutien personnel
- Services d'approche - aide à domicile nécessaire
- Programme d'exercices - activités physiques
- Autre : _____

**Coordonnées du responsable du renvoi
(s'il s'agit d'une autre personne que le client/la cliente)**

<input type="checkbox"/> Plus proche parent (famille, parenté) <input type="checkbox"/> Mandataire spécial <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Porte-parole <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas/Professionnel de la santé
Nom de famille, prénom	Organisme
Lien de parenté	N° de téléphone (bureau)
N° de télécopieur	Courriel

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible aux services du CERD, la réponse aux questions ci-dessous doit être « Oui ».		Oui	Non
1	Le client/la cliente doit avoir un handicap physique permanent et avoir besoin de services de soutien personnels de façon permanente afin de pouvoir rester dans la communauté.		
2	Le client/la cliente doit avoir 16 ans ou plus.		
3	Le client/la cliente doit avoir une carte Santé valide de l'Ontario.		
4	Le réseau de santé communautaire existant doit pouvoir répondre aux besoins médicaux et professionnels du client/de la cliente.		
5	Le client/la cliente doit pouvoir diriger ses services ou être en mesure de le faire.		
6	Le client/la cliente doit pouvoir vivre seul/seule en toute sécurité (car l'aide est fournie sur rendez-vous).		

Si une évaluation RAI est disponible, veuillez joindre une copie et ne remplissez pas la section sur l'évaluation physique et fonctionnelle (pages 3 et 4). Passez à la page 5.

Évaluation physique

Code : **1** - Pas de problème **2** - Besoin d'aide technique **3** - Problème

Vue	1	2	3	_____
Ouïe	1	2	3	_____
Communication	1	2	3	_____

Évaluation fonctionnelle

Code : **1** - Indépendant/Indépendante **2** - Assistance partielle **3** - Assistance complète

Mobilité à l'intérieur

Avec aide mécanique	1	2	3	_____
Sans aide mécanique	1	2	3	_____
Escaliers	1	2	3	_____
Fauteuil roulant	1	2	3	_____

Mobilité à l'extérieur

Avec aide mécanique	1	2	3	_____
Sans aide mécanique	1	2	3	_____
Escaliers	1	2	3	_____

Transferts

Avec aide mécanique	1	2	3	_____
Sans aide mécanique	1	2	3	_____
S'habiller	1	2	3	_____
Se replacer dans le lit	1	2	3	_____
Se replacer dans le fauteuil roulant	1	2	3	_____

Utilisation de la toilette

Vessie	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence
Intestins	<input type="checkbox"/> Continence	<input type="checkbox"/> Incontinence

Indiquez la procédure relative aux soins liés à l'élimination urinaire/intestinale, l'équipement utilisé et le niveau d'assistance requis.

Code : **1** - Indépendant/Indépendante **2** - Assistance partielle **3** - Assistance complète

Hygiène corporelle

Douche/Bain	1	2	3	_____
Bain éponge	1	2	3	_____
Soins des lésions cutanées	1	2	3	_____

Soins personnels

Cheveux	1	2	3	_____
Rasage	1	2	3	_____
Bouche/Dents	1	2	3	_____

Préparation des repas

Déjeuner	1	2	3	_____
Dîner	1	2	3	_____
Souper	1	2	3	_____
Assistance pour manger	1	2	3	_____

Indiquez comment vous gérez l'entretien ménager, le lavage et l'achat d'épicerie.

Entretien ménager	1	2	3	_____
Lavage	1	2	3	_____
Achat d'épicerie	1	2	3	_____

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX

Moments où le client/la cliente a présenté des symptômes comportementaux.

Le cas échéant, degré de renversement des symptômes.

0 - Aucun symptôme au cours des 3 derniers jours

1 - Symptômes faciles à renverser

2 - Symptômes difficiles à renverser

Comportement	Code	Explication
Errance		
Symptômes comportementaux d'agression verbale		
Symptômes comportementaux d'agression physique		
Résistance aux soins		

STRUCTURE COGNITIVE

Cognition	Oui / Non	Explication
Rappel de mémoire		
Aptitude cognitive pour la prise quotidienne de décisions		
Indices de délire		
Dépendances		

Nom de la personne remplissant ce formulaire (s'il ne s'agit pas de l'auteur de la demande)

Nom	
Adresse	
Téléphone	
Lien de parenté avec l'auteur de la demande	

Je confirme, qu'à ma connaissance, les renseignements indiqués ci-dessus reflètent ma situation.

Signature de
l'auteur de la demande : _____

Témoïn : _____

Date : _____

Retournez le formulaire rempli au :

CERD Centre et réseau d'indépendance

par la poste ou en personne : 765, chemin Brennan, Sudbury ON P3C 1C4

par courriel : info@ican-cerd.com

par fax : 705-673-6682