

Confidentiel une fois rempli

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE UNITÉ DE  
RELÈVE AVEC SERVICES DE SOUTIEN**

NOM \_\_\_\_\_  
(nom de famille) (prénom)

ADRESSE \_\_\_\_\_  
(rue et numéro) (app.)

\_\_\_\_\_ (ville) (province) (code postal)

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_  
(domicile) (bureau)

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
(jj/mmm/aa)

ÂGE \_\_\_\_\_ FEMME \_\_\_\_\_ HOMME \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE CARTE SANTÉ DE L'ONTARIO \_\_\_\_\_

**PERSONNE QU'IL FAUT APPELER EN CAS D'URGENCE**

Nom \_\_\_\_\_

Lien avec vous \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_ (soirée) \_\_\_\_\_

1. **Quelle est votre déficience?** \_\_\_\_\_

Début (apparition) \_\_\_\_\_

Comment cette déficience vous affecte-t-elle?

---

---

2. **SERVICES DE RELÈVE DEMANDÉS :**

Du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aa) (jj/mm/aa)

Heure approximative d'arrivée : \_\_\_\_\_

Heure approximative de départ : \_\_\_\_\_

3. **RAISONS POUR LESQUELLES VOUS DEMANDEZ DES SERVICES DE RELÈVE :**

---

---

Indiquez oui ou non en cochant :

- J'aurai besoin de services d'auxiliaires pendant mon séjour dans l'unité de relève.
- Je n'aurai pas besoin de services d'auxiliaires pendant mon séjour dans l'unité de relève.

4. **PRÉSENTEMENT, JE VIS :**  
**Indiquez votre situation de vie.**

<input type="checkbox"/>	Maison de retraite / établissement de soins de longue durée
<input type="checkbox"/>	Hôpital de soins aigus ou de réadaptation
<input type="checkbox"/>	Appartement avec soins disponibles sur place 24 heures par jour (logement avec services de soutien)
<input type="checkbox"/>	Foyer de transition
<input type="checkbox"/>	Appartement/maison avec visites d'auxiliaires disponibles
<input type="checkbox"/>	Appartement/maison avec services payés par l'assurance /CSPAAT
<input type="checkbox"/>	Appartement/maison avec services fournis par famille/amis/moi-même
<input type="checkbox"/>	Autre _____

**En référence à cette question, indiquez vos conditions de vie (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :**

<input type="checkbox"/>	Je vis seul	<input type="checkbox"/>	Je vis avec mes enfants à charge
<input type="checkbox"/>	Je vis avec mes parents	<input type="checkbox"/>	Je vis avec mon conjoint ou un autre adulte

Depuis combien de temps vivez-vous là?

**5. a) Si vous êtes accepté au programme de services de relève, vivrez-vous seul?**

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ Si non, avec qui? \_\_\_\_\_

**b) Est-ce que cette personne ou ces personnes ont une déficience?**

NON \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

**c) Avez-vous déjà utilisé auparavant les services de relève? Si oui, où?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**d) Avez-vous déjà vécu de façon autonome auparavant?**

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

**6. Avez-vous un trouble de parole ou d'ouïe (audition)? NON \_\_\_ OUI \_\_\_**

Si oui, décrivez s'il vous plaît : \_\_\_\_\_

**7. Cochez la case si vous utilisez les aides suivantes :**

<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	Appareil orthopédique (corset)
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant motorisé	<input type="checkbox"/>	Chaise percée
<input type="checkbox"/>	Marchette	<input type="checkbox"/>	Planche de transfert
<input type="checkbox"/>	Cannes	<input type="checkbox"/>	Système de rails au plafond
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) _____		

**8. a) Pouvez-vous diriger vos propres soins? OUI \_\_\_\_\_NON \_\_\_\_\_**

b) **Si vous utilisez un appareil de mobilité, pouvez-vous le faire fonctionner de façon indépendante?**

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ Ne s'applique pas \_\_\_\_\_

c) **Qui présentement vous fournit des soins?**

<input type="checkbox"/>	Auxiliaires	<input type="checkbox"/>	Personnel infirmier
<input type="checkbox"/>	Membre(s) de ma famille	<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) _____

9. **Quel niveau de service avez-vous besoin chaque jour?**

<input type="checkbox"/>	Moins de 2 heures par jour	<input type="checkbox"/>	4 à 6 heures par jour
<input type="checkbox"/>	2 à 4 heures par jour	<input type="checkbox"/>	Plus de 6 heures par jour

10. **A quelle heure approximative avez-vous besoin de services pour les activités suivantes? La première rangée est un exemple.**

	Heure de la journée (donnez un écart si possible)	Personnel requis pendant environ
<i>Déjeuner</i>	<i>7 h – 8 h</i>	<i>30 minutes</i>
Déjeuner		
Soins du matin		
Dîner		
Souper		
Soins de l'après-midi		
Autre (précisez) _____		
Autre (précisez) _____		

11. **Avez-vous besoin de soins entre minuit et 6 h du matin?**

\_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

## 12. Procédure en cas de panne d'électricité

Choisissez l'option 1 ou l'option 2 :

### Option 1

\_\_\_\_\_ Je veux, quand il y a une panne d'électricité, que l'auxiliaire de <The In Community > appelle l'unité de relève et m'informe de la situation. Si l'auxiliaire n'arrive pas à me joindre par téléphone, je lui donne la permission d'entrer dans l'unité de relève et de m'informer de la situation afin de trouver un autre moyen de communication.

Je veux être informé par l'auxiliaire de la façon indiquée ci-dessus :

JOUR	OUI	NON
SOIR	OUI	NON
NUIT	OUI	NON

### Option 2

\_\_\_\_\_ Pendant les pannes d'électricité, je ne veux pas être informé par l'auxiliaire et je ne veux pas que l'auxiliaire vienne vérifier. Je comprends les risques possibles associés au fait de ne pas pouvoir communiquer avec le personnel et je ne tiens pas « The In Community » ni aucun de ses employés responsable des conséquences de ma décision.

## 13. Procédure en cas d'alerte au feu

Lorsque sonne un avertisseur d'incendie, voulez-vous qu'on communique avec vous aux moments suivants?

JOUR	OUI	NON
SOIR	OUI	NON
NUIT	OUI	NON



## SECTION C – TOUS LES AUTRES BESOINS DE SOINS

<b>ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>	INDÉPENDANT	UNE CERTAINE AIDE REQUISE	AIDE COMPLÈTE DU PERSONNEL	NE S'APPLIQUE PAS
1. Aide avec les repas et se nourrir				
a) Cuisiner				
b) Couper la nourriture				
c) Attelles				
d) S'alimenter				
e) Sondes d'alimentation				
2. Hygiène personnelle				
a) Bain/douche				
b) Brossage des dents				
c) Lavage des mains/visage				
d) Rasage				
e) Maquillage				
f) Déodorant				
g) Cheveux				
h) Autre				
3. Soins : élimination intestinale et urinaire				
a) Sac de jambe - vider				
- nettoyer				
- brancher/débrancher				
b) Drainage de nuit – vider				
- nettoyer				
- brancher/débrancher				
c) Condom urinaire - application				
d) Soins - conduit iléal				
e) Urinal/bassin de lit				
f) Élimination - suppositoires				
g) Élimination – extraction manuelle				
h) Élimination – stimulation avec les doigts				
i) Soins de stomie				

<b>ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>	INDÉPENDANT	UNE CERTAINE AIDE REQUISE	AIDE COMPLÈTE DU PERSONNEL	NE S'APPLIQUE PAS
j) Serviettes sanitaires / Tampons				
k) Culottes d'incontinence / Attends				
l) Élimination (toilettes) la nuit				
m) Élimination sur demande				
n) Aide pour le nettoyage d'incidents				
o) Autre				
<b>4. Habillage et déshabillage</b>				
a) Chemise qui s'enfile par la tête				
b) Chemise/Blouse				
c) Pantalon/jupe				
d) Sous-vêtements				
e) Bas/collant				
f) Chaussures				
g) Boutons/fermeture-éclair/crochets				
h) Appareil orthopédique /corset/ prothèse				
i) Manteau/veston				
<b>5. Soins spécialisés</b>				
a) Tourner/Repositionner				
b) Soins/traitements spéciaux de la peau				
c) Exercices d'amplitude du mouvement				
d) Exercices d'augmentation du volume pulmonaire (aide à la toux, masque Ambu)				
e) Machines Bi-PAP ou C-PAP				
f) Autre				
<b>6. Travaux domestiques</b>				
a) Époussetage et rangement				
b) Planchers et fenêtres				
c) Balayer/laver/passé aspirateur				
d) Vaisselles - laver				
- sécher				
- ranger				

<b>ACTIVITÉ DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>	INDÉPENDANT	UNE CERTAINE AIDE REQUISE	AIDE COMPLÈTE DU PERSONNEL	NE S'APPLIQUE PAS
e) Lessive - laveuse				
- sècheuse				
- à la main				
f) Lit - faire				
- changer les draps				
g) Poubelles				
h) Matériel recyclé				
i) Autre				
<b>7. Divers</b>				
a) Cigarettes/tabac				
b) TV/ Radio/Stéréo				
c) Cadenas/verrouillage				
d) Argent				
e) Fenêtres – ouvrir/fermer				
f) Thermostat				
g) Médicaments				
h) Portes				
i) Ramasser le courrier				
j) Ouvrir le courrier, classer, correspondance, etc.				
k) Charger batteries/piles				
l) Entretien du fauteuil roulant – c.-à-d. nettoyer				
m) Autre				

Y a-t-il d'autres activités ou choses dont vous avez besoin de la part du personnel des services de soutien?

---



---



---



---

## DÉCLARATION

Je certifie que l'information fournie dans cette demande est exacte et complète. Je suis conscient qu'on se fierá sur l'information que j'ai fournie pour évaluer ma demande de placement dans une unité de relève.

---

DATE

---

NOM DU DEMANDEUR

---

TÉMOIN

## AUTORISATION DE DIVULGUER UNITÉ DE RELÈVE

Je, \_\_\_\_\_, autorise, par les présentes, les personnes suivantes à divulguer mes dossiers et mes renseignements à The In Community.

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
TÉMOIN

MÉDECIN PRINCIPAL \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
(rue et numéro)

\_\_\_\_\_  
(ville)

\_\_\_\_\_  
(code postal)

ERGOTHÉRAPEUTE \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
(rue et numéro)

\_\_\_\_\_  
(ville)

\_\_\_\_\_  
(code postal)

**Retournez ce formulaire, une fois rempli, à :**

\_\_\_\_\_  
**The In Community**

1150, promenade Morrison, bureau 110 Ottawa (Ontario) K2H 8S9  
Téléphone: (613) 724-5886 Télécopieur: (613) 724-5889



