

INFORMATIONS SUR LE-LA PROFESSIONNEL.LE RÉFÉRENT.E (médecin, infirmière, T.S-T.T.S, pharmacien.ne, autre)

Prénom :	Nom :
Fonction :	Organisation :
Téléphone :	Courriel :
CI(U)SSS-CRSSS :	

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE PROCHE AIDANTE (à compléter par le-la professionnel.le référent.e)

Prénom de la PPA :	Nom de la PPA :	Code postal de la PPA :
Lien avec la personne aidée :	Téléphone :	Courriel :
Cohabitation avec la personne aidée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Atteinte.s de la personne aidée :	Âge de la personne aidée : Code postal personne aidée :
Langue parlée privilégiée par la PPA :	Durée du rôle de personne proche aidante : ____ mois (la durée peut différer du moment du diagnostic de la maladie)	

BESOINS EXPRIMÉS PAR LA PERSONNE PROCHE AIDANTE (à compléter par le-la professionnel.le référent.e)

1. Sentez-vous que vous avez des besoins liés à votre rôle de personne proche aidante ? Oui Non

Si oui, quels sont les principaux besoins que vous ressentez ?

- Information (maladie, ressources d'aide, transport, etc.)
 Formation (soins, communication, comportement, déplacement sécuritaire, etc.)
 Soutien psychosocial (groupe de soutien, rencontre individuelle, loisirs, etc.)
 Répît (domicile, hors-domicile, fin de semaine, semaine, etc.)
 Autres besoins exprimés par la personne proche aidante

Spécifiez : _____

2. Utilisez-vous des ressources d'aide qui peuvent vous soutenir dans votre rôle de personne proche aidante ? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

3. Rencontrez-vous des difficultés ou des obstacles dans votre rôle de personne proche aidante ? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

RÉFÉRENCE ET CONSENTEMENT DE LA PERSONNE PROCHE AIDANTE

Autorisez-vous qu'un.e intervenant.e de votre Société Alzheimer ou d'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 personne proche aidante ?

Oui Non

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

Courriel Téléphone

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

La référence sera soumise à :

Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer referencement@alzheimerquebec.ca

Info-aidant – Appui pour les proches aidants info-aidant@lappui.org

Professionnel.le référent.e : je confirme avoir reçu le consentement verbal de la personne proche aidante :

Oui Non

Signature du-de la professionnel.le référent.e : _____ Date : _____