

## DEMANDE DE SERVICE

### Répit pour personnes proches aidantes (PPA)

Date de la demande (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Informations sur la personne proche aidante (PPA)		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____	Téléphone :	Adresse courriel (facultatif) :
Adresse :	Lien avec la personne malade :	
Code Postal :		
Cohabitation avec la personne aidée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si non, adresse pour la réception de services :		
Code Postal :		
Informations sur la personne malade		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____	Diagnostic médical :	
Professionnels impliqués dans le dossier de la personne malade (CLSC)		
Nom CLSC impliqué : _____	Infirmier-ère : _____	
No. de dossier du CLSC : _____	Tél. : _____	Poste : _____
Pronostic médical : _____	Courriel : _____	
Travailleur-se social-e : _____	Médecin de suivi : _____	
Tél. : _____	Poste : _____	Poste : _____
Courriel : _____	Courriel : _____	
Informations sur la personne référente		
Nom :	Prénom :	Tél. :
		Courriel :
<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Hôpitaux	<input type="checkbox"/> Infirmière de Liaison MMS
<input type="checkbox"/> Ami-e	<input type="checkbox"/> CLSC	<input type="checkbox"/> Centre Bonenfant-Dionne
<input type="checkbox"/> Personne malade	<input type="checkbox"/> Organisme	<input type="checkbox"/> Autre : _____

Autorisation de divulgation d'information entre l'équipe soignante et le service de répit :