

Date :

Nom de la personne atteinte d'une maladie cognitive (probable ou diagnostiquée) :

(Prénom, nom)

Diagnostic et date de ce dernier (si connus) :

En cours

Veillez
préciser :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N° de tél. :

Adresse :

Pouvons-nous vous laisser un message? Oui Non

Courriel :

Choix de la langue de service : Anglais Français Autre :

Nom du proche aidant :

(Prénom, nom)

Relation avec la
personne ci-dessus :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N° de tél. :

Adresse : Même que celle mentionnée ci-dessus : Autre, veuillez préciser :

Pouvons-nous laisser un message? Oui Non

Courriel :

Choix de la langue de service Anglais Français Autre :

Formulaire d'aiguillage effectué par :

(nom de l'agence et de la personne)

Adresse :

N° de tél. :

Courriel :

N° de télécopie :

Je recommande : La personne atteinte d'une maladie cognitive Le proche aidant Les deux

Veillez contacter : La personne atteinte d'une maladie cognitive Le proche aidant Les deux

**J'ai le consentement verbal
de la personne :** Oui Non

Veillez fournir seulement le numéro Carte d'Assurance-santé de l'Ontario de la personne que vous nous envoyez.

**Carte d'Assurance-santé de l'Ontario de la
personne atteinte d'une maladie cognitive :**

**Carte d'Assurance-santé de
l'Ontario du proche aidant :**

Raisons du service requis :

Diagnostic récent Soutien émotionnel Éducation/Information Services communautaires disponibles
Conditions de logement et soutien à la transition Changements de comportement Préoccupations de sécurité L'engagement aux activités sociales et physiques
Autre(s)/Programme particulier. Veuillez préciser :

**Commentaires
supplémentaires :**

Risques connus? Oui Non Si oui, veuillez coucher toutes les réponses qui s'appliquent :

Dynamique familiale Maladies contagieuses Infestation/Insalubrité Animaux de compagnie Environnement physique
Hospitalisations récentes Comportements réactifs Tabagisme Armes Autre(s) :

Veillez fournir tout autre document et rapport pertinents.