

## MERCI DE REMPLIR LE FORMULAIRE CI-DESSOUS

**DATE:**

### Renseignements sur le patient

Nom:

Âge:

Adresse:

### Mode de vie actuel:

Avec un membre de la famille

Dans un établissement de soins

Autonome (dans sa propre maison)

### Veillez communiquer avec:

La personne-ressource principale

### Coordonnées de la personne-ressource principale:

Nom:

Lien avec le client:

Téléphone:

Courriel:

Adresse:

### Méthode de communication préférée:

Par téléphone

Courriel

### Services requis (COCHEZ TOUTES LES CASES APPROPRIÉES)

Alimentation et service de salle à manger

Gestion des médicaments

Activité physique

Activité sociale/cognitive

Soins pour perte cognitive

Alerte / Orientation

Sûreté et sécurité

Convalescence / Court séjour

### Remarques complémentaires:

Consentement obtenu par le client / la personne-ressource principale:

Oui

Non

### Coordonnées de la personne qui réfère:

Nom:

Tél.:

Organisation (le cas échéant):

Courriel:

Envoyez le formulaire par fax au: 1 888 90-CHART (888-902-4278)

ou par courriel à: [contact@chartwell.com](mailto:contact@chartwell.com)

**CHARTWELL.COM**