

1144 rue Amirault Street, Dieppe, NB, E1A 1E2………………………………………………………………………………………………………..Formulaire 40

**Le comité d'admission se réserve le droit de retourner toute demande incomplète.**

**DEMANDE D’ADMISSION RÉSIDENTIELLE**

**INFORMATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de la référence: | Travailleur référant: | | Téléphone: |
| Adresse: | | Couriel: | |

**INFORMATION PERSONNELLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du/de la candidat(e): | Age: | Date de naissance: | | Numéro Assur. Maladie: |
| Adresse: | État civil: | | Sexe: Masculin Féminin | |
| Téléphone: | Langue de préférence:  Français Anglais | | Soutien Financier du client: Carte Bénéfices Médicale: OUI NON | |

**MÉDICAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnostique Psychiatrique: | Psychiatre:  Clinicien: |
| Allergies: | Médecin de famille: |
| Conditions médicales: | Dentiste: |
| Handicaps physiques: | Médicaments: |

**INFORMATION ADDITIONNELLE**

|  |
| --- |
| Expérience de travail: |
| Activités, loisir: |

**PARENT OU GARDIEN A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom: | Téléphone: |
| Relation: | Couriel: |
| Adresse: | |
| Personne ayant une procuration: | Téléphone:  Couriel: |
| Other: | Téléphone:  Couriel: |

**INFORMATION FAMILIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de conjoint: | Téléphone:  Couriel: |
| Adresse: | |
| Nom du père: | Téléphone:  Couriel: |
| Adresse: | |
| Nom de la mère: | Téléphone:  Couriel: |
| Adresse: | |

**ENFANT(S)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom: | Téléphone:  Couriel: |
| Adresse: | |
| Nom: | Téléphone:  Couriel: |
| Adresse: | |
| Nom: | Téléphone:  Couriel: |
| Adresse: | |

**ÉVALUATION DU NIVEAU DE FONCTIONNEMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. FONCTIONNEMENT PHYSIQUE** | **ABILITÉS**  **ACQUISES** | **COMMENTAIRES** |
| Fumeur | OUI NON |  |
| Peut se vêtir adéquatement sans supervision | OUI NON |  |
| Fait sa toilette | OUI NON |  |
| Bonne habitude alimentaire | OUI NON |  |
| Bonne hygiène | OUI NON |  |
| Aide à l'entretien ménager | OUI NON |  |
| Peut préparer des repas simples | OUI NON |  |
| Se déplace seule en communauté | OUI NON |  |
| Habitude de sommeil régulière | OUI NON |  |
| Sait se tenir à table | OUI NON |  |
| Activité physique régulier | OUI NON |  |
| **1. FONCTIONNEMENT ÉMOTIONNEL** | **ABILITÉS**  **ACQUISES** | **COMMENTAIRES** |
| Humeur stable | OUI NON |  |
| Socialise avec les autres | OUI NON |  |
| Garde contact avec sa famille | OUI NON |  |
| Maîtrise son agressivité | OUI NON |  |
| S'entend bien avec les autres | OUI NON |  |
| Aime faire des sorties | OUI NON |  |
| Respects l'autorité et les règlements | OUI NON |  |
| Fait part de ses problèmes | OUI NON |  |
| Période psychotique régulière | OUI NON |  |
| A un historique de tentative de suicide/pensées suicidaires | OUI NON |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL** | **ABILITÉS**  **ACQUISES** | **COMMENTAIRES** |
| Habiliter à faire des décisions | OUI NON |  |
| Utilise les services publics adéquatment | OUI NON |  |
| Prend ses médicaments seul | OUI NON |  |
| Suit les directives | OUI NON |  |
| Administre son argent | OUI NON |  |
| Fait ses propres rendez-vous | OUI NON |  |
| Peut lire et écrire | OUI NON |  |

**TYPE DE SERVICE DEMANDÉ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Séjour illimitée (24 hrs Support) Transition House (2 years Max) | | | | | |  |
| Appartement subventionner (Appartement partagé) | | | | | |  |
| Apartement seul (ACA) | | | | | |  |
| Raison pour référer: | | | | | | |
| Placement antécédent: | Date: | | Raison: | | Raison du départ: | |
| Besoin spéciaux: | | Mobilité: | | Diète: | | |
| Admissions aux soins psychiatriques: | | Nombre d'admissions: | | Durée du/des séjour(s): | | |
| Est-ce que le/la candidat(e) a des problèmes avec des drogues non-prescrites? | | | OUI Si oui, veuillez spécifier:  NON | | | |
| Ext-ce qu le/la candidat(e) a des problèmes avec l'alcool? | | | OUI Si oui, veuillez spécifier:  NON | | | |
| Le client utilise t'il les services de d'autre agences? | | | OUI Si oui, type de service:  NON Personne à contacter:  Téléphone:  Couriel: | | | |
| S.V.P. décrire la relation entre le client et sa famille: | | | | | | |
| Information additionnelle (exigence en supervision peurs/fixations): | | | | | | |
| Est-ce que le/la candidat(e) est stable? OUI NON , expliquer: | | | | | | |
| Signes précurseurs de décompensation: | | | | | | |

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

Signature de la personne responsable de la référence Date

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

Signature du/de la candidat(e) Date

**ASSURANCE DE COOPÉRATION**

EST-CE QUE VOUS OU VOTRE AGENCE ACCEPTEZ DE MAINTENIR LE SERVICE DE TRAITEMENT DU/DE LA CANDIDAT(E) ET D'OFFRIR UN SERVICE DE CONSULTATION AU PERSONNEL DE A.R.A. INC. AU BESOIN?

OUI NON

|  |
| --- |
| SI NON, INDIQUEZ LA RAISON |

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

Signature de la personne responsable Date

N.B.

Toute personne référer aux différents services offert par A.R.A. Inc., doit être servie par un/e gestionnaire de cas ou un/e infirmier/e sur une base régulière.

Le/la gestionnaire de cas et/ou l'infirmier/e assigné doit être disponible pour rencontrer les employés de A.R.A. Inc. selon le besoin du résident.

Les exceptions à cette règle seront évaluées par le comité d'admission.

Revised June 2008