

PROGRAMME PAIR – FICHE D'INSCRIPTION

SERVICES DEMANDÉS							
Instructions : Cochez X pour chacune des journées souhaitées. Les heures d'appel seront précisées lors de la confirmation de votre inscription par le représentant de l'Agence PAIR.							
	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Appel quotidien (entre 8 h 30 et 12 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel – Prise de médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel - Exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel - Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFIL DE L'ABONNÉ	
Nom :	Prénom :
Adresse :	App. :
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Cellulaire :
Autre téléphone :	Courriel :
Date de naissance :	Sexe : Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>
Organisme / Personne qui vous a référé(e) à nos services :	

INFORMATIONS SUR LE CO-RÉSIDENT (S'IL Y A LIEU)	
Nom :	Prénom :
Lien avec l'abonné :	Si autre, spécifiez :
Degré d'autonomie :	Bonne <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>

HISTORIQUE MÉDICAL DE L'ABONNÉ	
Hôpital (si dossier) :	Téléphone :
Déficience :	Motrice <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/>
Degré d'autonomie :	Bonne <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>
Diagnostic principal :	
Allergies :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifiez :

AUTRES INFORMATIONS SUR L'HABITATION	
Propriétaire :	Téléphone :
Concierge :	Téléphone :
Animal de compagnie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifiez :

RÉPONDANTS À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE (PAR ORDRE DE PRIORITÉ)			
	1	2	3
Prénom et nom			
Téléphone résidentiel			
Autre téléphone			
Lien avec l'abonné			
Possède une clé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COORDONNÉES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE	
Prénom et nom :	Lien avec l'abonné :
Téléphone résidentiel :	Autre téléphone :

(VERSO)

AUTORISATION DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DU PROGRAMME PAIR

Par la présente, j'autorise les représentants de l'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale et de l'Agence PAIR à communiquer, en cas d'urgence, avec les personnes désignées dans le présent formulaire.

Dans l'éventualité où les répondants désignés ne répondent pas où ne sont pas en mesure de se déplacer, un appel sera effectué au service 911. Dans ces circonstances, j'autorise l'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale à recourir aux services d'un serrurier afin de donner accès à la résidence de l'abonné(e).

S'il advenait que des dommages soient causés lors de cette intervention, j'en assumerai la totalité des coûts et je ne pourrai tenir l'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale responsable des dommages causés par cette intervention.

J'autorise l'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale et l'Agence PAIR à recevoir et conserver les informations contenues dans ce formulaire pour la durée de mon adhésion au programme et durant tout autre délai légal.

Signature de l'abonné :

Date :

EXEMPTION DE RESPONSABILITÉS

L'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale et l'Agence PAIR tient à rappeler à la personne abonnée qu'elle décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service (ex. panne électrique, panne téléphonique ou tout autre incident hors de contrôle)

L'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale et l'Agence PAIR se dégage de toute responsabilité de la mauvaise prise de médicaments de la personne abonnée. La personne abonnée comprend qu'elle est elle-même responsable de la prise adéquate de sa médication. S'il advenait que des dommages soient causés par une omission ou une mauvaise prise de médicaments suite aux appels, la personne abonnée en assumera totalement les conséquences et ne pourra, en aucun cas, tenir l'association des Proches Aidants de la Capitale et l'Agence PAIR responsable.

Signature de l'abonné :

Date :

Une fois rempli, merci de retourner ce formulaire à :

Par la poste Association des proches aidants de la Capitale-Nationale Agence Pair Québec 03 1670, rue Dina-Bélanger Québec (Québec) G1S 0A5	Par télécopieur : 418-688-8526
	Par courriel : info@apacn.org

Pour assistance et pour de plus amples renseignements :

Téléphone : 418 688-1511

Sans frais : 1 866 887-6150

Courriel : info@apacn.org

Site web : www.apacn.org