

**DATE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION :**

Nom de famille du proche aidant		Prénom		Carte santé	Code	
Adresse		Ville/Province		Code postal		
Téléphone	Date de naissance (jour/mois/année)	État matrimonial	Langue	Sexe		
Courriel :						
Lien avec la personne atteinte de démence :		<input type="checkbox"/> Époux/ épouse	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Autre
Médecin de famille		Téléphone				

Provenance de la demande de consultation		Téléphone	<u>Télécopieur</u>		
Adresse		Ville/Province	Code postal		
		Le proche aidant est-il au courant de la demande de consultation ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

**Raison de la demande de consultation :** **RENFORCEMENT DES SOINS À L'INTENTION DES PROCHES AIDANTS DE L'ONTARIO**  
**Formation de groupe visant l'amélioration des compétences des proches aidants en matière d'intervention thérapeutique**

Le proche aidant fournit-il des soins directs quotidiens à une personne atteinte de démence ?  Oui  Non

Le proche aidant vit-il avec la personne atteinte de démence ?  Oui  Non

La personne qui reçoit les soins a-t-elle eu un diagnostic ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, lequel ? \_\_\_\_\_

Le proche aidant a-t-il accès à un ordinateur, à une caméra Web, à un microphone et à Internet à son domicile ?  
 Oui  Non

**ACHEMINER PAR COURRIER OU TÉLÉCOPIEUR À**

**75, rue Bruyère, bureau 127 Y, Ottawa (Ontario), K1N 5C7**  
**Téléphone : 613-562-9777 / Téléc. : 613-562-0259**