



En nous envoyant ce formulaire dûment rempli, les résidences pour personnes âgées correspondant aux besoins mentionnés ci-bas vous contacteront rapidement*. Ce service est gratuit à 100% et ne vous engage en rien.

1. HÉBERGEMENT SOUHAITÉ:

Dans quel secteur recherchez-vous une résidence?

Date d'entrée souhaitée:

Budget mensuel approximatif:

Région, Ville, Quartier		JJ-MM-AAAA		\$/mois	
Type de besoin:	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Déficience physique	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	
	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Non-autonome	<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle	
	<input type="checkbox"/> Semi-autonome	<input type="checkbox"/> Convalescence	<input type="checkbox"/> Alzheimer et pertes cognitives	<input type="checkbox"/> Court séjour	

Préférence sur la taille de la résidence:

Familiale (moins de 15 résidents) Moyenne (15 à 75 résidents) Grande (15 à 200 résidents) Complexe multientière (+200 résidents)

Précisions (facultatif):

2. COORDONNÉES:

Personne à loger:		Sexe		
		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	
Prénom	Nom	Âge	Taille	Poids
Personne à contacter pour cette demande:		Quel est le meilleur moment pour vous contacter?		
Prénom	Nom	Téléphone		
Adresse courriel				

3. AUTONOMIE ET ÉTAT DE SANTÉ (FACULTATIF)

Précisez vos besoins pour aider les résidences à traiter votre demande plus rapidement:

Vie quotidienne:		Mobilité:		Tâches domestiques:	
	Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome		Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome		Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome
Se nourrir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Transfert/lever/coucher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entretien de la maison	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Se laver	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marcher à l'intérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préparer les repas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Installer prothèses ou orthèses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Faire les courses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hygiène personnelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se déplacer en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Faire la lessive	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Continence urinaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se déplacer en marchette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Continence fécale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Utiliser les escaliers	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Utiliser les moyens de transport	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Circulation à l'extérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gérer ses médicaments	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome		Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome		Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome
Fonctions cognitives:		Communication:		Autres:	
	Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome		Autonome Avec surveillance Avec aide Non-autonome		Oui Non
Mémoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Voir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation de tabac	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Entendre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation de drogues ou alcool	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Compréhension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Parler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

AIDEZ-NOUS À MIEUX COMPRENDRE VOTRE DEMANDE

Ajoutez des détails pour aider les résidences à vous proposer des solutions adaptées à vos besoins.

*En envoyant votre demande, vous acceptez que les résidences reçoivent vos coordonnées et entrent en contact avec vous par téléphone et/ou par courriel.