

**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
Courriel :		Sexe	
Lien avec la personne atteinte de démence :	Époux/épouse	<input type="checkbox"/> Enfant	Autre membre de la famille
		<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Autre
Provenance de la demande de consultation	Téléphone	Télécopieur	

Disponibilité

Groupe en personne

de jour

Groupe virtuel

En soirée

Langue de préférence

Groupe en français

Groupe en anglais

**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**