

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION EN PRESCRIPTION SOCIALE POUR AÎNÉS

## À L'USAGE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ



Veuillez remplir ce formulaire pour aiguiller une personne âgée vers des services non cliniques de la collectivité, en vue de favoriser ses relations sociales, son état de santé et son mieux-être.

### COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE:

Nom complet \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### AUTRE PERSONNE-RESSOURCE:

Nom complet \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
 Relation avec le bénéficiaire ou le patient \_\_\_\_\_

### MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Programme de repas | <input type="checkbox"/> Loisirs           | <input type="checkbox"/> T.I.S.U <sub>MD</sub>  |
| <input type="checkbox"/> Transport          | <input type="checkbox"/> Activité physique | <input type="checkbox"/> Entretien de la cour   |
| <input type="checkbox"/> Liens sociaux      | <input type="checkbox"/> Bénévolat         | <input type="checkbox"/> Entretien de la maison |
| <input type="checkbox"/> Autre              |  |   |

**AIGUILLAGE :** Choisissez un (1) organisme de coordination des ressources pour aînés là où réside la personne :

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CENTRE-VILLE EST<br>Tél. : (204) 956-6440<br><a href="mailto:intake@aosupportservices.ca">intake@aosupportservices.ca</a><br>Télé. : (204) 946-5667             | <input type="checkbox"/> SAINT BONIFACE/ SAINT VITAL<br>Tél. : (204) 254-1010<br><a href="mailto:seniorresources@dakotacc.com">seniorresources@dakotacc.com</a><br>Télé. : (204) 946-5667                     | <input type="checkbox"/> KEEWATIN/INKSTER<br>Tél. : (204) 774-3085<br><a href="mailto:kinrc@mts.net">kinrc@mts.net</a><br>Télé. : (204) 694-5868   | <input type="checkbox"/> CONSEIL DES FRANCOPHONES 55+<br>Tél. : (204) 235-0670<br><a href="mailto:conseil55@fafm.mb.ca">conseil55@fafm.mb.ca</a><br>Télé. : (431) 317-1093                              |
| <input type="checkbox"/> POINT DOUGLAS<br>Tél. : (204) 792-2920<br><a href="mailto:pdsc@aosupportservices.ca">pdsc@aosupportservices.ca</a><br>Télé. : (204) 946-5667                    | <input type="checkbox"/> TRANSCONA<br>Tél. : (204) 222-9879<br><a href="mailto:tcs@mymts.net">tcs@mymts.net</a><br>Télé. : (204) 938-5119   | <input type="checkbox"/> ASSINIBOINE SUD/<br>RIVER HEIGHTS<br>Tél. : (204) 478-6169<br><a href="mailto:resources@swsrca.ca">resources@swsrca.ca</a><br>Télé. : (204) 946-5667                | <input type="checkbox"/> SOUTIEN DES VICTIMES DE LA<br>MALADIE D'ALZHEIMER<br>Tél. : 1-800-378-6699<br><a href="mailto:support@alzheimers.mb.ca">support@alzheimers.mb.ca</a><br>Télé. : 1-833-638-0760 |
| <input type="checkbox"/> FORT GARRY<br>Tél. : (204) 956-6440<br><a href="mailto:intake@aosupportservices.ca">intake@aosupportservices.ca</a><br>Télé. : (204) 946-5667                   | <input type="checkbox"/> RIVER EAST<br>Tél. : (204) 667-6812<br><a href="mailto:resf@gnalc.ca">resf@gnalc.ca</a><br>Télé. : (204) 661-0750  | <input type="checkbox"/> SAINT JAMES ASSINIBOIA<br>Tél. : (204) 560-5184<br><a href="mailto:resource@stjamescentre.com">resource@stjamescentre.com</a><br>Télé. : (204) 940-2443             |   |
| <input type="checkbox"/> CENTRE-VILLE OUEST/<br>BROADWAY<br>Ph: (204) 956-6440<br><a href="mailto:intake@aosupportservices.ca">intake@aosupportservices.ca</a><br>Télé. : (204) 946-5667 | <input type="checkbox"/> SEVEN OAKS - EAST & WEST ST. PAUL<br>Tél. : (204) 339-1701 ext 205<br><a href="mailto:sevenoaksseniors@gwensector.com">sevenoaksseniors@gwensector.com</a><br>Télé. : (204) 334-3779 | <input type="checkbox"/> A & O NAVIGATION DANS LE SYSTÈME<br>Tél. : (204) 956-6440<br><a href="mailto:intake@aosupportservices.ca">intake@aosupportservices.ca</a><br>Télé. : (204) 946-5667 |   |

### SOURCE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION/PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ: (obligatoire)

Nom \_\_\_\_\_ Cabinet ou organisme \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_

CONSENTEMENT ACCORDÉ  Oui  Non  
 SUIVI DEMANDÉ  Oui  Non

DATE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION \_\_\_\_\_  
 mm/dd/yyyy