



Formulaire de référence Premier Lien

Note importante : SVP consulter le contenu ci-dessous avant tout. Merci!

Ce formulaire Premier Lien® est destiné à référer une personne vivant avec un trouble neurocognitif.

Il est pertinent quand la personne vivant avec un TNC souhaite recevoir des services, soit dans les cas suivants :

- La personne vivant avec un TNC souhaite faire sa propre démarche même si la personne proche aidante souhaite des services pour elle-même.
- La personne proche aidante ne souhaite pas quant à elle recevoir des services.
- La personne vivant avec un TNC n'a pas de proche aidant.

La plateforme **Référence Aidance Québec** est à privilégier dans les cas suivants :

- Les services souhaités sont destinés au proche aidant (répit, soutien ou information). Remplir alors le formulaire disponible sur la plateforme RAQ, qui permet d'évaluer les besoins.
- La personne que vous souhaitez référer réside à l'extérieur des Laurentides. En entrant le code postal sur la plateforme RAQ, la demande sera automatiquement transmise à la Société Alzheimer de la région concernée.

3 étapes faciles!

- 1 Demandez à la personne son autorisation pour effectuer le référencement vers la Société Alzheimer Laurentides.
- 2 Remplissez le formulaire ci-joint et transmettez celui-ci par courriel à l'adresse admin@salaurentides.ca, en ligne via notre site Web www.alzheimerlaurentides.com, ou par la poste au 14, rue Saint-Antoine C.P. 276 Sainte-Agathe-des-Monts Qc J8C 3A3
- 3 La Société Alzheimer Laurentides communiquera avec les personnes référées pour offrir un soutien sur mesure selon leurs besoins.



Formulaire de référence Premier Lien

Professionnel référant (nom, titre et organisation)	Coordonnées (adresse, courriel et tel.)

Personne vivant avec un TNC

Prénom, nom : _____	Date du diagnostic (JJ/MM/AA) : _____
Adresse : _____	Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____
Ville et code Postal : _____	Téléphone : _____
Habite : Seul(e) ☐ Avec proche(s) ☐	Courriel : _____
En établissement ☐	Peut laisser un message : Oui ☐ Non ☐

Diagnostic :

- | | |
|--|--|
| ☐ Alzheimer | ☐ La maladie à corps de Lewy |
| ☐ Le trouble neurocognitif vasculaire | ☐ Le trouble neurocognitif frontotemporal |
| ☐ En cours d'évaluation | ☐ Pas de diagnostic |

Autre : _____

Services en cours / en attente : _____

Personne proche aidante

Prénom, nom : _____	Lien avec la personne : _____
Adresse : _____	Courriel : _____
_____	Peut laisser un message : Oui ☐ Non ☐
Téléphone : _____	Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____

Motif de la référence

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diagnostic récent | ☐ Information/Éducation | ☐ Changements de comportements |
| ☐ Soutien émotionnel | ☐ Isolation sociale | ☐ Planifier l'avenir |
| ☐ stimulation cognitive | ☐ enjeux de sécurité | ☐ S'orienter dans les démarches |

Autre : _____

Risques connus ou éléments complémentaires : _____