

## ANNEXE 19 GRILLE DES SERVICES OFFERTS PAR LA RÉSIDENCE ET CHOIX DU RÉSIDENT

Nom de la résidence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du résident : \_\_\_\_\_ /initiales \_\_\_\_\_

SERVICES	SERVICES OFFERTS par la résidence	SERVICES NON OFFERTS par la résidence	SERVICES INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER (SERVICES FACULTATIFS)			ACCEPTÉ Initiales	REFUSÉ Initiales
			Fréquence	Prix	Fréquence	Prix	Total mensuel		
<b>REPAS</b>									
Service de repas									
Déjeuner									
Dîner									
Souper									
Collation									
Repas à la carte									
Repas diététiques									
Crédit accordé en cas d'absence									
Repas pour invités									
Service de plateaux									
Service aux tables									
Autres (précisez)									

Précision : les sections en gris ne se prêtent pas à un choix.

Manuel d'application du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité  
et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Document maître)

SERVICES	SERVICES OFFERTS par la résidence	SERVICES NON OFFERTS par la résidence	SERVICES INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER (SERVICES FACULTATIFS)			ACCEPTÉ Initiales	REFUSÉ Initiales
			Fréquence	Prix	Fréquence	Prix	Total mensuel		
<b>SERVICES D'AIDE DOMESTIQUE</b>									
Entretien ménager régulier									
Entretien des vêtements									
Service de nettoyage à sec									
Entretien de la literie									
Entrée laveuse et sècheuse à l'unité									
Accès laveuse et sècheuse									
Autres (précisez)									
<b>SERVICES DE SÉCURITÉ</b>									
Gardien en présence 24/7									
Système d'appel à l'aide interne									
Système de contrôle des portes extérieures Horaire : _____									
Système visuel d'alarme incendie									
Tournée de surveillance la nuit									
Autres (précisez)									
<b>SERVICES DE LOISIRS</b>									
Activités organisées par la résidence									
Sorties organisées par la résidence									
Autres (précisez)									

Précision : les sections en gris ne se prêtent pas à un choix.

Manuel d'application du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité  
et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Document maître)

SERVICES	SERVICES OFFERTS par la résidence	SERVICES NON OFFERTS par la résidence	SERVICES INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER (SERVICES FACULTATIFS)			ACCEPTÉ Initiales	REFUSÉ Initiales
			Fréquence	Prix	Fréquence	Prix	Total mensuel		
<b>SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE</b>									
Aide au bain									
Aide à l'hygiène et à l'habillage le matin									
Aide à l'hygiène et au déshabillage le soir									
Faire le lit									
Soins d'incontinence et matériel (changer la protection ou la culotte d'incontinence)									
Aide à l'alimentation (taire manger)									
Aide à préparer les aliments (ouvrir les contenants, couper les aliments)									
Aide à la mobilisation (aider à marcher)									
Aide aux déplacements (surveillance et assistance à l'occasion des déplacements)									
Aide aux transferts (du lit, d'un fauteuil, du bain, de la toilette)									
Pose et retrait des bas supports (y compris le lavage de ceux-ci)									
Distribution des médicaments									
Administration des médicaments									
Soins invasifs d'assistance aux AVQ									

Précision : les sections en gris ne se prêtent pas à un choix.

Manuel d'application du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité  
et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Document maître)

SERVICES	SERVICES OFFERTS par la résidence	SERVICES NON OFFERTS par la résidence	SERVICES INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER (SERVICES FACULTATIFS)			ACCEPTÉ Initiales	REFUSÉ Initiales
			Fréquence	Prix	Fréquence	Prix	Total mensuel		
<b>SOINS INFIRMIERS</b>									
Présence d'une infirmière ou d'un infirmier Nombre de jours par semaine J-S-N Horaire de présence : _____ Nombre de jours les fins de semaine J-S-N Horaire de présence : _____									
Présence d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire Nombre de jours par semaine J-S-N Horaire de présence : _____ Nombre de jours les fins de semaine J-S-N Horaire de présence : _____									
Évaluation de la perte d'autonomie									
Évaluation de l'état de santé									
Prise de tension artérielle et signes vitaux									
Soins des plaies (matériel inclus)									
Prélèvements sanguins (y compris l'envoi vers le laboratoire)									

Précision : les sections en gris ne se prêtent pas à un choix.

Manuel d'application du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité  
et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Document maître)

SERVICES	SERVICES OFFERTS par la résidence	SERVICES NON OFFERTS par la résidence	SERVICES INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER (SERVICES FACULTATIFS)			ACCEPTÉ Initiales	REFUSÉ Initiales
			Fréquence	Prix	Fréquence	Prix	Total mensuel		
Prélèvements sanguins particuliers pour les anticoagulants (INR)									
Glycémie capillaire (pour diabète) (matériel fourni par le résident)									
Injections (vitamine B12, SVC, IM, insuline)									
<b>SERVICES MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES</b>									
Médecin attitré à la résidence Horaire de visite : _____									
Suivi des ordonnances avec la pharmacie du résident									
Autres services (précisez)									
<b>AUTRES SERVICES</b>									
Accès Internet dans les <input type="checkbox"/> chambres ou logements <input type="checkbox"/> salles communes									
Câblodistribution dans les <input type="checkbox"/> chambres ou logements <input type="checkbox"/> salles communes									
Transport adapté pour rendez-vous et pour faire des courses									
Téléphone dans les <input type="checkbox"/> chambres ou logements <input type="checkbox"/> salles communes									

Précision : les sections en gris ne se prêtent pas à un choix.

Manuel d'application du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité  
et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (Document maître)

SERVICES	SERVICES OFFERTS par la résidence	SERVICES NON OFFERTS par la résidence	SERVICES INCLUS DANS LE LOYER		SERVICES NON INCLUS DANS LE LOYER (SERVICES FACULTATIFS)			ACCEPTÉ Initiales	REFUSÉ Initiales
			Fréquence	Prix	Fréquence	Prix	Total mensuel		
Accompagnement pour <input type="checkbox"/> rendez-vous médicaux <input type="checkbox"/> urgence (hôpital)									
Services de soins des pieds									
Coiffeuse Horaire : _____									
Autres services (précisez)									
Total des services facultatifs									
Prix du loyer de base									
Total du loyer par mois									

Précision : les sections en gris ne se prêtent pas à un choix.

Signature du résident : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de l'exploitant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_