

GRILLE DES SERVICES OFFERTS PAR LA RÉSIDENCE ET CHOIX DU RÉSIDENT

Résidence Fontaine

Nom du résident _____ Initiales _____ Date ____/____/____

Services	Services offerts par la résidence	Services offerts sur place par l'externe	Services inclus dans le loyer		Services non inclus dans le loyer (services facultatifs)		Accepté initiales	Refusé initiales
			Fréquence	Prix/mois	Fréquence	Prix		
			Repas					
Repas servi à table déjeuner, diner, souper, collation	√		7/7.	375,00 \$				
Repas pour invités diner	√				7/7.	7,00 \$		
Repas pour invités souper						6,00 \$		
Service de plateaux (convalescence 2jrs)	√		7/7.		par jour	3,00 \$		
Service plateaux (à la demande)					par visite	2,00 \$		
Services d'aide domestique								
Entretien ménage régulier Chambre	√			75,00 \$	1/7.			
Entretien de vêtements (1 brassée)	√			100,00 \$	1/7.			
Buanderie à l'occasion (1 brassée)	√		1/7.		7/7.	10,00 \$		
Changement de literie 1 fois au deux semaines	√			35,00 \$				
Changement de literie au besoin	√		1/14.		7/7.	10,00 \$		
	Services	Services	Services inclus dans		Services non inclus		Accepté	Refusé

Services	offerts par la résidence	facultatifs sur place	le loyer		dans le loyer (services facultatifs)		initiales	initiales
			Fréquence	Prix/mois	Fréquence	Prix		
Service de sécurité								
Service de garde 24/24	√		7/7.					
Système d'appel à l'aide	√		7/7.					
Tournée de surveillance la nuit	√		7/7.					
Services des loisirs								
Activités organisées par la résidence	√		5/7.					
Services d'assistance personnelle								
Aide au bain	√				par visite	15,00 \$		
Aide à l'hygiène partielle	√				par visite	5,00 \$		
Aide à l'habillage	√				par visite	3,00 \$		
Pose et retrait bas support	√				par visite	3,00 \$		
Administration d'insuline								
Distribution des médicaments	√		7/7.	100,00 \$	7/7.			
Soins infirmiers								
Prise tension artérielle et signe vitaux	√							
Prélèvement sanguin								
Évaluation de la perte d'autonomie								
Évaluation de l'état de santé								
Autre services								
Accès internet	√							
Câblo-distribution	√							
Coiffeuse		√			1/7.	10,00 \$		
Services soins de pieds		√			1/30jrs	30,00 \$		

SIGNATURE DU RÉSIDENT

LE:JR/MOIS/ANNÉE

SIGNATURE DE L'EXPLOITANT

LE:JR/MOIS/ANNÉE