

**DEMANDE DE CANDIDATURE**

**POUR UN CHIEN D’ALERTE AU DIABÈTE**

1. Coordonnées

|  |  |
| --- | --- |
| Nom:  |  |
| Pour les candidats de moins de 18 ans, nom des parents: |  |
| Situation familiale des parents : | □ vie maritale□ séparé□ autres : ………….. |
| Adresse complète: |  |
| Téléphone: |  |
| Téléphone portable: |  |
| Téléphone professionnel: |  |
| Adresse e-mail: |  |

1. Comment pensez-vous qu'un chien pourra vous aider? Détaillez votre projet de vie et joignez une photo de votre famille. Vous pouvez le faire sur papier libre.

|  |
| --- |
|  |

1. Quelles sont vos activités

|  |  |
| --- | --- |
| Emploi des parents |  |
| Scolarité (si oui, quelle classe?) |  |
| Autres activités régulières & loisirs (par exemple: sorties entre amis, cinema, restaurants, etc.): |  |
| Vous considérez vous inactif, actif ou très actif? |  |
| Quels lieux fréquentez-vous régulièrement et auxquels un chien devra être habitué (par exemple: clinique médicale, séances de kinésithérapie, transports en commun, restaurants, maison d'amis, parc, etc...)? |  |

1. Avez-vous une préférence quant au type de chien?

|  |
| --- |
| Si vous pouviez choisir, quelle taille préféreriez-vous et pourquoi? |
|  |
| Y a-t-il une race ou un type de chien que vous ne pouvez pas avoir et pourquoi? |
|  |

1. Informations générales

|  |  |
| --- | --- |
| Combien d'animaux possédez-vous actuellement? (préciser le nombre, l’espèce ou la race et leur âge) |  |
| Combien de personnes vivent avec vous? |  |
| Préciser leurs noms, leurs âges et leurs relations avec vous |  |
| Vivez-vous dans une maison ou un appartement? |  |
| Avez-vous un jardin clôturé? |  |
| Si oui, quel type de clôture avez-vous? |  |
| Sinon, ou comptez-vous laisser le chien s’ébattre? |  |

**Dossier médical**

Informations Médicales de la personne à assister:
Ces données sont confidentielles et ne seront pas diffusées.

|  |  |
| --- | --- |
| Date de naissance: |  |
| Sexe:  |  |
| Taille: |  |
| Poids: |  |
| Date de début de votre diabète: |  |
| Type de diabète: |  |
| Quel outil utilisé vous pour contrôler votre diabète ? |  |
| Quelles sont vos 3 dernières hémoglobines glyquées HBA1C ? |  |
| Combien de fois, en moyenne, est-ce que votre taux de glucose chute en dessous de la normale par semaine (< 0.70) ? |  |
| Quel est le taux de glucose le plus bas que vous ayez eu ? Quand ? |  |
| A quel taux monte votre taux de glucose en moyenne ?  |  |
| Quel est le taux de glucose le plus élevé que vous ayez eu? |  |
| Combien de fois, en moyenne, est-ce que votre taux de glucose monte au-dessus de la normale en une semaine? |  |
| Avez-vous déjà fait des malaises hypoglycémiques avec perte de connaissance ? Si oui combien dans les 12 derniers mois ? |  |
| Veuillez décrire un épisode hypoglycémique typique (inclure autant de détails que possible, vous pouvez répondre sur papier libre). |  |
| Avez-vous d’autres problèmes physiques et si oui, lesquels (sensibilité, neuropathie, amplitude du mouvement réduite, force réduite, etc ...)? |  |

Si vous utilisez le capteur Freestyle Libre, merci de nous transmettre :

* l’aperçu des tendances sur les 4 dernières semaine. 1 feuille par semaine.
* Le résumé hebdomadaire sur les 4 dernières semaines.

Si vous n’utilisez pas de capteur, merci de nous communiquer les carnet de glycémie des 4 dernières semaines.

Avez-vous un autre probleme physique pour lequel un chien pourrait vous aider?

|  |
| --- |
|  |

Avez-vous besoin d’aide lorsque vous vous déplacez ?

|  |  |
| --- | --- |
| Vous marchez avec:  |  |
| * Des béquilles
 |  |
| * Une canne
 |  |
| * Un déambulateur
 |  |
| * Un fauteuil roulant
 |  |
| * Autre
 |  |

Quelle est votre motricité des membres supérieurs

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous droitier ou gaucher? |  |
| Etes-vous limité dans vos mouvements des bras ou des mains? |  |

Etes-vous en possession d’une carte mobilité inclusion (ancienne carte invalidité) délivrée par la Maison Départemental du Handicap (MDPH) ? Ou avez-vous déjà fait une demande ?

**Merci d'avoir pris le temps de remplir notre formulaire.**

**Pensez à nous transmettre les données des capteurs de glycémie (Aperçu des tendances et Résumé hebdomadaire) ou carnets de glycémie des 4 dernières semaines.**

**Vos réponses nous fourniront les informations dont**

**nous avons besoin afin que nous puissions vous aider au mieux.**

**Nous vous demandons de nous transmettre votre dossier:**

* **par courrier avec vos règlements : ACADIA, Centre Domazane, 295 Chemin des Buis, 26250 LIVRON SUR DROME**
* **ET par mail une copie des dossiers à familles@acadia-asso.org**

**ATTENTION:**

**Pour permettre leur réalisation, merci de nous joindre un chèque de 50 € avec l’envoi de ce formulaire. Votre chèque ne sera débité que si votre entretien détaillé “de vive voix” est effectué. Si aucun entretien n’est programmé, votre contribution vous sera restituée.**

**Certaines informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l’association ACADIA pour permettre le traitement de votre dossier. Les informations sont réservées à une utilisation unique par ACADIA.**

**Conformément à la** [**loi « informatique et libertés »**](https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee)**, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant par écrit :** **ACADIA, Centre Domazane, 295 Chemin des Buis, 26250 LIVRON SUR DROME**

Date et signature des représentants légaux :