

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

DEMANDE DE RÉFÉRENCE POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ

<input type="checkbox"/> Équipe d'intervention de la sécurité civile			
1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE			
Adresse		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable
Ville	Province		Code postal
Téléphone domicile		Cellulaire	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre Préciser _____ Interprète nécessaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisation de laisser un message	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire
Préciser _____			
Courriel			
Nom de la personne à joindre en cas d'urgence		Téléphone	
Parent, tuteur, curateur, représentant (lorsque requis)		Téléphone	
2- GROUPE D'ÂGE			
<input type="checkbox"/> 0-13 ans <input type="checkbox"/> 14-17 ans <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus			
3- ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE/PSYCHOLOGIQUE (État de santé physique/psychologique (préciser le diagnostic et les conditions associées pertinentes))			
4- FACTEUR(S) DE RISQUE OU CONTRIBUTIF(S)			
<input type="checkbox"/> Abus/négligence/maltraitance <input type="checkbox"/> Absence de réseau social/réseau inadéquat <input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive <input type="checkbox"/> Chute/risque de chute <input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire <input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Décrochage scolaire <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer <input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substances/jeu	<input type="checkbox"/> Fugue/risques de fugue <input type="checkbox"/> Idéations suicidaires/homicidaires <input type="checkbox"/> Implication de la DPJ <input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement <input type="checkbox"/> Perte d'emploi <input type="checkbox"/> Polypharmacie	<input type="checkbox"/> Problèmes de comportement <input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants <input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Rupture conjugale <input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale <input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle
5- NATURE DU BESOIN OU DES BESOINS (Observations, manifestations, besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches)			
Problème de santé physique <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	Problème neurocognitif <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	Problème de santé mentale et dépendance <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique	Problème psychosocial <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Conjugal <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Social/travail
Échelle de priorité clinique <input type="checkbox"/> 1 à 3 jours <input type="checkbox"/> 4 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> 31 jours et plus			

Nom :

N° dossier :

6- SOINS ET SERVICES SOUHAITÉS	
7- PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET ALLERGIE(S)	
<input type="checkbox"/> Voir le profil de pharmacologie joint à la présente demande	
Ou énumérer :	
Coordonnées de la pharmacie principale	Téléphone
<input type="checkbox"/> Allergie(s) (médicament – aliment – environnement) <input type="checkbox"/> Aucune	
Préciser :	
8- COORDONNÉES DU MÉDECIN DE FAMILLE <input type="checkbox"/> Sans médecin de famille	
Nom du médecin	N° de permis
Nom de la clinique/bureau de consultation	
Téléphone	Télécopieur
Courriel (facultatif)	
Date _____ Signature _____ aaaa/mm/jj Médecin	
9- COORDONNÉES DU RÉFÉRENT (si différent du médecin de famille ou sans médecin de famille)	
Nom	Fonction
Nom de l'organisme/clinique	Adresse
Téléphone	Télécopieur
Courriel (facultatif)	
Date _____ Signature _____ aaaa/mm/jj Référent	
10- CONSENTEMENT	
L'usager ou son parent/tuteur/curateur/représentant (14 ans et moins) est informé de la demande. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'usager autorise la transmission d'information au CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre de cette demande de référence. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11- DOCUMENTS JOINTS	
<input type="checkbox"/> Rapports médicaux <input type="checkbox"/> Rapports professionnels <input type="checkbox"/> Fiche sommaire médicale <input type="checkbox"/> Rapports d'examen (laboratoire, radiographie, etc.)	
<input type="checkbox"/> Résumé du dossier <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	
Coordonnées pour transmettre la demande au CIUSSS de la Capitale-Nationale	
<input type="checkbox"/> Équipe Accès Télécopieur : 418 577-8975 Pour besoin de soutien : 418 651-3888	<input type="checkbox"/> Clientèle anglophone Équipe Accès bilingue Télécopieur : 418 681-9265 Pour besoin de soutien : 418 684-5333, poste 1580