

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

Équipe d'intervention de la sécurité civile

### 1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Adresse		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	Sexe	
Ville	Province		Code postal	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable
Téléphone domicile		Cellulaire	Langue	
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre Préciser _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Domicile    Préciser <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Cellulaire		
Interprète nécessaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Courriel				
Nom de la personne à joindre en cas d'urgence			Téléphone	
Parent, tuteur, curateur, représentant (lorsque requis)			Téléphone	

### 2- GROUPE D'ÂGE

0-13 ans                       14-17 ans                       18-64 ans                       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"/> Décrochage scolaire	<input type="checkbox"/> Fugue/risques de fugue	<input type="checkbox"/> Problèmes de comportement
<input type="checkbox"/> Absence de réseau social/réseau inadéquat	<input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/> Idéations suicidaires/homicidaires	<input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants
<input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive	<input type="checkbox"/> Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Implication de la DPJ	<input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Chute/risque de chute	<input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant	<input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement	<input type="checkbox"/> Rupture conjugale
<input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire	<input type="checkbox"/> Errance	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale
<input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale	<input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substances/jeu	<input type="checkbox"/> Polypharmacie	<input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			

### 5- NATURE DU BESOIN OU DES BESOINS (Observations, manifestations, besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches)

<b>Problème de santé physique</b> <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	<b>Problème neurocognitif</b> <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	<b>Problème de santé mentale et dépendance</b> <input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique	<b>Problème psychosocial</b> <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Conjugal <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Social/travail
<b>Échelle de priorité clinique</b> <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 :

<b>6- SOINS ET SERVICES SOUHAITÉS</b>	
<b>7- PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET ALLERGIE(S)</b>	
<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 :	
<b>8- COORDONNÉES DU MÉDECIN DE FAMILLE</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sans médecin de famille</span>	
Nom du médecin	N° de permis
Nom de la clinique/bureau de consultation	
Téléphone	Télécopieur
Courriel (facultatif)	
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Médecin
<b>9- COORDONNÉES DU RÉFÉRENT (si différent du médecin de famille ou sans médecin de famille)</b>	
Nom	Fonction
Nom de l'organisme/clinique	Adresse
Téléphone	Télécopieur
Courriel (facultatif)	
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Réfèrent
<b>10- CONSENTEMENT</b>	
L'usager ou son parent/tuteur/curateur/représentant (14 ans et moins) est informé de la demande. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</span>	
L'usager autorise la transmission d'information au CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre de cette demande de référence. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</span>	
<b>11- DOCUMENTS JOINTS</b>	
<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)	
<b>Coordonnées pour transmettre la demande au CIUSSS de la Capitale-Nationale</b>	
<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