



Référence | Programme de Soins Palliatifs / Répit à Domicile

Demandé par _____

Département _____

Téléphone _____

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Sexe M ☐ F ☐ Autre ☐:

No. Ass. Maladie _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal _____

Système du support (autre que l'aidant)

Famille ou Personne significative _____

Cellulaire _____

Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

L'aidant naturel(le)

Nom _____

Âge _____ Langue de communication _____

No. d'heures de travail par semaine _____

Cellulaire _____

Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

Motif de la demande _____

Diagnostic principal : (date) _____

Maladies infectieuses : (précautions) _____

Conditions associées : / services reçus (dates) _____

Médication actuelle (joindre liste au besoin) _____

Allergies _____

Suivi médical _____

Téléphone _____

Fax _____

Pagette _____

Nom / Adresse d'Hôpital _____

CLSC / autres impliqués

Téléphone

Fax

Pagette

CLSC / autres impliqués

Téléphone

Fax

Pagette

Problèmes Santé Physique / Capacité Fonctionnelle

ncapacités : ☐ Mobilité ☐ Comportement ☐ Continence

☐ Communication ☐ Fonctions mentales ☐ Motivation

☐ Dangers identifiés ☐ Gestion des médicaments

Précisions

Fournitures méd. / équipement

Autres professionnels impliqués

Nom

Profession

Téléphone

Nom

Profession

Téléphone

Situation / Support Familiale Problématiques

Précisions

Descriptions du réseau de soutien et de services
(voisins, organismes)

Informations complémentaires i.e. références en cours,
préadmission en unité de soins palliatifs

Usager consent à référence et transmission information

☐ Approuver ☐ Désapprouver

Capacité financière (approx.) : Revenu annuel du ménage

☐ Moins de 25 000 \$ ☐ 25 000 \$ - 40 000 \$ ☐ Plus de 40 000 \$

Commentaires

Date

Nom

Signature
