Santé Québec

Formulaire Administratif
Santé Québec Montérégie Ouest

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ (aaaa/mm/jj) Sexe ☐ F ☐ M

Genre : ☐ Femme ☐ Homme ☐ X

NAM : _____ Exp. _____ (aaaa/mm)

Nom, prénom de la mère : _____

TRANSFERT DE L'USAGER EN CHSLD VERS UN CENTRE HOSPITALIER

Cette enveloppe doit être conservée tout au long de l'hospitalisation et retournée au centre d'hébergement suivant :

Nom de l'établissement
Numéro civique et rue
Ville, Province
Code Postal
Cellulaire de l'infirmière : Numéro de téléphone

CONSIGNES POUR LE CENTRE D'HÉBERGEMENT AVANT LE TRANSFERT

- Informer les répondants du transfert en centre hospitalier
- Contacter le centre receveur (*par le médecin si possible*)
- Transmettre préalablement les informations au centre receveur

Enveloppe de transfert inter-établissement

ALLER **Transfert vers le centre hospitalier**	**RETOUR** **Transfert vers le centre d'hébergement**
☐ Transfert d'urgence inter-établissement (AH-249)	☐ Feuille sommaire d'hospitalisation (AH-109)
☐ Feuille sommaire (AHT-109B)	☐ Sommaire du séjour à l'urgence (AH-280)
☐ Ordonnance médicale (copie du profil pharmaceutique)	☐ Ordonnances (copie du profil pharmaceutique)
☐ Fiche SICHELD de l'usager	☐ Carte d'hôpital et Carte RAMQ
☐ PTI (SICHELD ou AH-602)	☐ Statut infectieux de l'usager (CLI-60547) → *Si changement durant l'hospitalisation*
☐ Statut infectieux de l'usager (CLI-60547)	☐ Notes infirmières ou médicales → *Documents pertinents à la continuité des soins*
☐ Niveau de soins (AH-744)	☐
☐ Carte d'hôpital et carte RAMQ	☐

Niveau d'autonomie de l'usager	
Avant transfert	**Au retour**
MOBILISATION	**MOBILISATION**
☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide : X ____ ☐ Levier ☐ Alité ☐ Aide technique : _____	☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide : X ____ ☐ Levier ☐ Alité ☐ Aide technique : _____
ÉLIMINATION	**ÉLIMINATION**
☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide : X _____ ☐ Stomie ☐ Sonde ☐ Protection, type : _____ Incontinent : ☐ Urinaire ☐ Fécale	☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide : X _____ ☐ Stomie ☐ Sonde ☐ Protection, type : _____ Incontinent : ☐ Urinaire ☐ Fécale
ALIMENTATION	**ALIMENTATION**
☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide ☐ Restriction hydrique : ___ mL ☐ Diète : _____ Texture : _____ ☐ Consistance : _____	☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide ☐ Restriction hydrique : ___ mL ☐ Diète : _____ Texture : _____ ☐ Consistance : _____

CONSIGNES POUR LE CENTRE HOSPITALIER AVANT LE TRANSFERT

- Informer les répondants du retour en CHSLD
- Contacter le CHSLD **et** transmettre les informations pertinentes pour le retour