



MOCLI60348

Installation : _____

DÉPART DE L'USAGER – SOINS INFIRMIERS HÉBERGEMENT DÉPENDANCE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

SECTION À COMPLÉTER AVEC L'USAGER

Objet(s) ou document(s) remis à l'utilisateur :

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Prescription de départ | ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine | ☐ Requête de consultation | ☐ Certificat médical |
| ☐ Requête de laboratoire | ☐ Carte d'hôpital | ☐ Carte d'assurance maladie | ☐ Lettre Revia/Campral |
| ☐ Matériel consommation sécuritaire | ☐ Naloxone | ☐ Coupon vaccinal | |
| ☐ Autres : _____ | | | |

* Si l'utilisateur désire obtenir une copie de son dossier médical, le formulaire AH-216 doit être rempli et retourné au service des archives.

☐ Médicaments gardés sous clef pendant le séjour et remis au départ de l'utilisateur

La signature de l'utilisateur permet de confirmer que les objet(s) ou documents cochés lui ont été remis.

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

SECTION À COMPLÉTER PAR LE PERSONNEL INFIRMIER

Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (formulaire AH-216) :

- ☐ Oui, faire signer le formulaire ☐ Non, aucun document à transférer

Issue de la démarche : ☐ Démarche complétée ☐ Réorientation au service externe ☐ Renvoi
☐ Départ prématuré ☐ Refus de traitement ☐ Transfert

Retour de l'utilisateur : ☐ À domicile ☐ Autre : _____

Dernière évaluation selon le Rapport d'intervention complète en prévention du suicide

si applicable : ☐ Vert ☐ Jaune ☐ Orange ☐ Rouge

Mode de départ : ☐ Usager quitte seul ☐ Usager quitte accompagné : _____
☐ Taxi ☐ Vélo ☐ Marche ☐ Autobus ☐ Voiture

État de l'utilisateur au départ : _____

Usager accompagné jusqu'à la sortie : ☐ Oui ☐ Non

Transmission de l'information et suivi des prescriptions, si applicable :

- ☐ Ordonnance acheminée à la pharmacie suivante : _____
☐ Résumé de dossier acheminé au médecin suivant : _____

Traitement agoniste aux opioïdes (TAO)

- ☐ Résumé de dossier acheminé à l'équipe traitement agoniste aux opioïdes (TAO)
☐ Pharmacien TAO avisé du congé ☐ Infirmière pivot TAO avisée du départ
Ordonnance TAO faite par : ☐ Médecin au TAO ☐ Médecin de l'hébergement ☐ Autre : _____

Notes supplémentaires au départ : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm