

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

NOUVELLE ADMISSION – AIRE DE CONFINEMENT COMMUNAUTAIRE

Date de la demande : aaaa-mm-jj	Nom du référent : _____	Téléphone _____
Planification de congé précoce	Usager ☐ Oui (Int. pivot) connu au SAD : ☐ Non (TS COVID)	Nom _____ Téléphone _____

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ		
Vous devriez répondre OUI aux critères d'admissibilité et NON aux critères d'exclusion. Si tel n'est pas le cas, communiquez avec un intervenant du guichet d'accès de l'aire communautaire avant de poursuivre votre démarche.		
CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ- USAGER :	OUI	NON
Positif au COVID-19 Date du premier résultat positif : aaaa-mm-jj	☐	☐
Avec un NIM A, B, C et D. Pour les NIM A et B l'usager doit être asymptomatique et stable et il doit y avoir une discussion entre les médecins référant et receveur*;	☐	☐
Avec intubation et/ou RCR : Si asymptomatique ou ne présente que des symptômes résiduels mineurs;	☐	☐
N'ayant plus besoin du plateau technique de l'hôpital (condition stable);	☐	☐
SAPA ou à profil gériatrique;	☐	☐
Dont les besoins ne peuvent être répondus adéquatement dans leur milieu de vie actuel;	☐	☐
Avec SCPD seulement si mineurs et ne nécessitant qu'un encadrement léger (ex: errance);	☐	☐
Des hôpitaux avec statut NSA avec une orientation RPA, RI RTF, CHSLD, post aigu;	☐	☐
CRITÈRES D'EXCLUSION – USAGER :	OUI	NON
Fumeurs non compliant à une thérapie alternative;	☐	☐
Nécessitant une assistance respiratoire sans possibilité de sevrage (ex. B-PAP, C-PAP);	☐	☐
Ayant pas une trachéotomie	☐	☐
Nécessitant des traitements de nébulisation et d'oxygène à haut débit (génère des aérosols);	☐	☐
Nécessitant des soins de stomie par une stomothérapeute, sauf si usager arrive avec son matériel ;	☐	☐
Nécessitant un traitement de dialyse active;	☐	☐
Nécessitant un traitement VAC;	☐	☐
Avec SCPD sévères (Troubles graves du comportement);	☐	☐
Nécessitant une chimiothérapie par biberon.	☐	☐

SI VOTRE USAGER EST ADMISSIBLE, COMPLÉTEZ LE RESTE DU FORMULAIRE

Nom :

Prénom :

#Dossier :

DONNÉES CLINICO-ADMINISTRATIVES DE L'USAGER			
Informations générales			
Âge : ans	Date de début d'apparition des symptômes : aaaa-mm-jj		
Symptômes reliés à la COVID-19			
☐ Aucun symptôme	☐ Toux nouvelle ou exacerbée	☐ Anosmie	☐ Dyspnée/essoufflement
☐ Fièvre	☐ Perte d'appétit importante	☐ Céphalée	☐ Diarrhée
☐ Vomissement/nausées	☐ Mal de gorge	☐ Autre :	
Conditions associées – Antécédents – Diagnostics significatifs		☐ VOIR LE SOMMAIRE MÉDICAL	
Intervenants			
Médecin référent :	Nom	Clinique	Téléphone
Médecin de famille :	Nom	Clinique	Téléphone
Autre(s) profession- nel(s) :	☐ CLSC	Intervenant pivot :	# Dossier : Téléphone
	☐ Autre	Nom :	Profession : Téléphone
PROVENANCE – MILIEU DE VIE			
Provenance de l'utilisateur :	☐ Hôpital : Nom Unité Chambre		
	☐ Milieu de vie habituel		
Milieu de vie habituel :	☐ Domicile ☐ RPA ☐ RI ☐ RTF ☐ CHSLD Nom du milieu		
PHARMACIE			
Nom de la pharmacie		Téléphone	
Gestion de la médication par :		☐ Le personnel ☐ Autonome	
PRÉPARATION DE L'ARRIVÉE			
Type de transport réservé			
PERSONNE RESSOURCE POUR L'USAGER		LIEN	TÉLÉPHONE
			aaaa-mm-jj
Autonomie			
Alimentation :			
☐ Dents naturelles	☐ Prothèses en haut	☐ Prothèse en bas	
☐ S'alimente seul	☐ Préparer un cabaret	☐ Faire manger	
☐ Diète particulière :			
Commentaires :			

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Élimination :				Jour	Soir	Nuit
☐ Autonome	☐ Aide			☐	☐	☐
☐ Toilette	☐ Chaise d'aisance			☐	☐	☐
☐ Urinal	☐ Bassine			☐	☐	☐
☐ Culotte	☐ Pad			☐	☐	☐
Incontinence : ☐ Urinaire ☐ Fécale				☐	☐	☐
Grandeur culotte d'incontinence :						
☐ Sonde Type :						
Soins particuliers :						
Commentaires :						
Mobilité / transferts						
	Sans aide	Aide partielle	Aide totale	Aides techniques :		
Se coucher	☐	☐	☐	☐ Canne	☐ Marchette	☐ Fauteuil roulant
Circuler	☐	☐	☐	☐ Levier	☐ Verticalisateur	☐ Déambulateur
S'asseoir/se lever debout	☐	☐	☐	☐ Orthèse/prothèse :		
Utiliser les escaliers	☐	☐	☐	Commentaires :		
Risque de chute : ☐ Oui ☐ Non Précisions :						
Fonctions mentales – Identifier seulement les éléments pour lesquels l'utilisateur présente une difficulté						
☐ Difficultés d'orientation :						
☐ Mémoire :						
☐ Compréhension :						
☐ Jugement :						
☐ Comportement :						
Approche à privilégier :						
Autres particularités (sommeil, loisirs, situation dans le milieu de vie)						

SECTION RÉSERVÉE AU GUICHET D'ACCÈS AIRE DE CONFINEMENT COMMUNAUTAIRE			
DÉCISION RENDUE	ADMISSION PRÉVUE	RAISON SI REFUS	COMMENTAIRES
☐ Accepté ☐ Refusé	aaaa-mm-jj	Choisissez un élément	
Rendu par :		Date : aaaa-mm-jj	Communiqué à :