



MOCLI60451

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

RÉFÉRENCE SOINS INTENSIFS À DOMICILE (SIAD)

INFORMATIONS DE L'USAGER

Langue(s) parlées : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres : _____ ☐ Connu SAD

Téléphone : _____

Adresse de l'utilisateur : _____

Milieu de vie : ☐ Maison ☐ Appartement/HLM ☐ RPA ☐ RTF ☐ RI ☐ Autre : _____

L'utilisateur vit : ☐ Seul ☐ Avec conjoint(e) ☐ Autre : _____

PERSONNES SIGNIFICATIVES OU MANDATAIRES

Nom	Lien	Téléphone

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

S'assurer que l'utilisateur réponde à tous les critères ci-dessous :

- ☐ L'utilisateur présente une perte d'autonomie liée à une incapacité nécessitant de recevoir des soins à domicile. Incapacité physique, cognitive, liée à la santé mentale ou psychosociale pourvu qu'elle ne nécessite pas l'expertise d'une autre direction pour répondre au besoin évalué.
- ☐ Le domicile est jugé sécuritaire pour l'utilisateur, ses proches et les intervenants.
- ☐ L'utilisateur présente une condition de santé instable nécessitant un suivi infirmier et/ou médical à domicile.
- ☐ La situation clinique permet un délai de prise en charge dans les 24 heures ouvrables.
- ☐ L'utilisateur souhaite être traité à domicile.
- ☐ L'utilisateur peut rester seul à domicile ou détient un réseau de soutien suffisant pour compenser ses besoins durant l'épisode de soin aigu.
- ☐ L'utilisateur ne souhaite pas avoir accès au plateau technique hospitalier pour effectuer plusieurs investigations ou recevoir des soins spécialisés.
- ☐ Le service est offert au CLSC de l'utilisateur.

MOTIF DE RÉFÉRENCE

☐ Maladie chronique décompensée ☐ Problème de santé aigu ☐ Soins palliatifs ou de fin de vie instable

☐ Autre : _____

Préciser le diagnostic ou les symptômes : _____

Nom, prénom :

#Dossier :

INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du médecin de famille : _____	☐ Aucun médecin de famille
Lieu de pratique : _____ Téléphone : _____	Télécopieur : _____
Médecin traitant avisé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Prend en charge l'utilisateur avec l'équipe SIAD	☐ Transfert au Médecin SIAD
Usager apte à consentir : ☐ Oui ☐ Non	Mandat homologué : ☐ Oui ☐ Non
Antécédents médicaux : _____	

Allergies : _____	☐ Aucune allergie connue
Pharmacie : _____ Téléphone : _____	Télécopieur : _____
Médecin spécialiste : _____ Téléphone : _____	Télécopieur : _____

DOCUMENTS À JOINDRE

Pour faciliter la prise en charge, les documents suivants sont exigés si le référent y a accès :

- ☐ Résumé de dossier médical OU Information médicale sommaire (AH-245) OU Feuille sommaire d'hospitalisation (AH-109)
- ☐ Niveau d'intervention médicale (AH-744)
- ☐ Dernières notes médicales
- ☐ Profil pharmacologique à jour

Ajouter les documents suivants s'ils sont disponibles et pertinents à l'épisode de soin :

- ☐ Rapport de consultation médicale
- ☐ PTI et/ou plan de traitement
- ☐ Ordonnance
- ☐ Rapport d'évaluation des professionnels

CONSENTEMENT

- ☐ Je désire recevoir les soins à domicile.
- ☐ Je comprends les limites du SIAD par rapport aux équipements et services qu'offre un établissement hospitalier.

Consentement ☐ verbal ☐ écrit obtenu par :

☐ Usager

☐ Personne habilitée à consentir: _____ Nom _____ Prénom _____

En date du : ____aaaa/mm/jj____

Signature de l'utilisateur ou de la personne habilitée : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom, prénom du référent : _____	Profession : _____
Établissement : _____	Service : _____
Téléphone : _____	Télécopieur : _____

Signature et titre : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____

TRANSMETTRE LA RÉFÉRENCE DÛMENT COMPLÉTÉE ET LES DOCUMENTS ASSOCIÉS AU : GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE (GASSA)

Courriel unique : gassa.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone unique : 1 833-774-2772

Télécopieur unique : 450-928-5256

POUR LES DEMANDES PROVENANT DES INTERVENANTS DU SAD : TRANSMETTRE LA RÉFÉRENCE DÛMENT COMPLÉTÉE ET LES DOCUMENTS SELON VOTRE MODALITÉ LOCALE