

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

RÉFÉRENCE POUR UN SUIVI VIRTUEL EN MILIEU DE VIE

INFORMATION OBLIGATOIRE		
Téléphone à domicile : _____	Nom du médecin de famille : _____	Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais
Téléphone cellulaire : _____	Autre : _____	

PATHOLOGIE OU CONDITION IMPLIQUÉE	
☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	☐ Hypertension artérielle
☐ Insuffisance cardiaque	☐ Soins palliatifs (suivi signes et symptômes)
☐ Diabète type 2	☐ Clinique de grossesse à risque élevé :
	☐ Diabète
	☐ Hypertension
Autre : _____	

MOTIF DE LA DEMANDE

FRÉQUENCE DE LA TRANSMISSION D'INFORMATION	
☐ Aucune	☐ Semaine
☐ 2 semaines	☐ Mois
☐ Si instabilité seulement	
Autre : _____	

Nom, prénom du répondant durant le suivi virtuel : _____

Commentaires : _____

Nom, prénom du référent : _____

☐ Médecin ☐ IPS ☐ Professionnel (spécifier) : _____

Provenance : ☐ GMF ☐ Clinique privée ☐ Autre : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

***NUMÉRISATION VIA COURRIEL : telesoins.suivivirtuel.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ou télécopier la requête au 450-699-4291

SUIVI POST RÉFÉRENCE	
Suivi débuté en date du : _____ aaaa/mm/jj	
☐ Référence refusée	Motif : _____
Signature et titre : _____	
Date : _____ aaaa/mm/jj	