



MOCLI60746

Installation : _____

RÉFÉRENCE SUIVI SYSTÉMATIQUE POST-HOSPITALISATION – HÔPITAL ANNA-LABERGE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Consignes : Pour toute requête, joindre les documents suivants : Feuille sommaire d'hospitalisation (AH-109),
Feuille d'administration des médicaments (FADM), Ordonnances de départ.

Suivi systématique : ☒ 24 à 72 heures après le congé

Diagnostic : _____

Unité d'hospitalisation : _____

Communiquer avec : ☐ Usager ☐ Représentant légal ☐ Proche aidant (usager consent verbalement à l'échange d'information)

Nom : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

☐ Aucun médecin de famille

Médecin de famille/IPS : _____ Clinique médicale/GMF : _____

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

☐ Usager ayant été hospitalisé à l'hôpital Anna-Laberge

☐ Usager diagnostiqué avec minimalement une des conditions suivantes :

- Usager avec un diagnostic de maladie cardiovasculaire
- Usager avec un diagnostic de maladie et/ou infection pulmonaire

CRITÈRES D'EXCLUSION

S'assurer que l'usager ne présente pas l'un des critères d'exclusion suivants :

- Usager pédiatrique
- Usager hospitalisé en santé mentale
- Usager en niveau de soins alternatifs (NSA) ou usager demeurant en CHSLD ou dans une installation avec accès à une infirmière ou un médecin/IPS 24h/24

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

Hôpital Anna-Laberge (HAL)

24 heures sur 24

7 jours sur 7

Téléphone : 450 699-2425, poste 6166

Courriel : suiviposthospitalisation.hal.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca