



MOCLI60775

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

DEMANDE D'APPARTENANCE

Date : _____ aaaa/mm/jj _____ Heure : _____ hh:mm _____

IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

Hôpital d'appartenance : _____

Identification du répondant à l'hôpital d'appartenance : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

Hôpital référant : _____

Nom de médecin référant : _____

Diagnostic de l'usager : _____

Nom, prénom et titre du demandeur : _____

CRITÈRES D'APPARTENANCE CLINIQUE

- ☐ **Chirurgie récente** : Usager ayant subi chirurgie dans les 30 derniers jours (symptômes reliés)
- ☐ **Hospitalisation récente** : Congé post hospitalisation depuis moins de 45 jours (symptômes reliés)
- ☐ **Dialyse** : Usager suivi présentement pour une dialyse (péritonéale ou hémodialyse)
- ☐ **Transplantation d'organe/greffe** : Usager ayant subi une transplantation d'organe ou une greffe
- ☐ **Néoplasie** : Usager recevant traitement actif de chimiothérapie
- ☐ **Soins palliatifs**
- ☐ **Entente particulière/usager attendu**
- ☐ **Obstétrique** : Usagère dont la grossesse est de 20 semaines et plus ou post-partum moins de 6 semaines
- ☐ **Suivi régulier en clinique externe** : Usager ayant un suivi régulier en clinique externe (≤ 4 mois et en lien avec ce suivi)
- ☐ **SAD – non valide intra CISSMO** : Usager avec suivi actif (CLSC) devant être hospitalisé pour pathologie reliée au suivi actif (CLSC) → Transfert au CISSS/CIUSSS d'appartenance du CLSC

CRITÈRES D'APPARTENANCE GÉOGRAPHIQUE

- ☐ **Appartenance géographique** : Le plus près du lieu de résidence de l'usager dans son RLS d'appartenance. L'appartenance géographique ne s'applique pas pour des transferts entre les installations du CISSMO) : ☐ **OUI** ☐ **NON**

→ Le délai total attendu entre la transmission du formulaire de demande d'appartenance et le transfert du usager est établi à 12 h

→ Le délai entre la demande et la transmission de ce formulaire est de 2 h, de 8 h à 23 h, 7 jours/7

RÉPONSE : ☐ **DEMANDE ACCEPTÉE** ☐ **DEMANDE REFUSÉE** Date : _____ aaaa/mm/jj _____ Heure : _____ hh:mm _____

Si acceptée, rapport médical requis : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Médecin à contacter : _____ Téléphone : _____

Si refusée, inscrire la raison : _____

Personne-ressource dans l'hôpital receveur : _____

Téléphone : _____

Signature et titre : _____

Date : _____ aaaa/mm/jj _____