

Installation : _____

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

DEMANDE D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE SITE NON TRADITIONNEL

Renseignements personnels de l'utilisateur			
Adresse :			Téléphone :
Allergies :			
Statut légal : ☐ Régime de protection ☐ Ordonnances ☐ Probation ☐ Autres :			
Personne ressource :			Lien :
Coordonnées :			
Intervenant pivot :	☐ N/A	Médecin :	
Coordonnées :		Coordonnées :	
Provenance de la demande			
☐ Domicile ☐ RPA (résidence privée pour aînés)			
☐ RI (ressource intermédiaire) ☐ RTF (ressource de type familial)			
Nom de la ressource :			
Documents à joindre à la demande			
☐ SMAF COVID virus (ou portrait fonctionnel de l'utilisateur); compléter les sections de la page 2 au besoin ☐ Consentement à la relocalisation temporaire en contexte de pandémie (CLI-60323) ☐ Niveau de soins et réanimation cardiorespiratoire (AH-744) à jour ☐ Questionnaire COVID dépistage (CLI-60310) ☐ État de santé actuel au dossier (si existant), incluant les antécédents médicaux et les besoins particuliers au niveau de la nutrition et de l'élimination (si non, compléter les sections pertinentes de la page 2) ☐ Profil pharmacologique ☐ Rapport de comportement (si disponible); compléter les sections de la page 2 au besoin			
Motifs de la demande			
☐ COVID+		Date du résultat positif : _____ aaaa/mm/jj	
☐ L'échec de confinement est relié à une incapacité cognitive de l'utilisateur à observer les consignes ☐ L'utilisateur ne vit pas seul dans sa chambre / son appartement et n'est pas en mesure de s'isoler ☐ L'utilisateur n'a pas accès à une salle de bain individuelle ☐ L'utilisateur requiert des soins que la ressource n'est pas en mesure d'offrir pendant le confinement ☐ L'utilisateur ne requiert pas de soins actifs de l'hôpital			

La demande doit être envoyée par courriel à : admission-snt.plazavalleyfield.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Information pour le transport	
Poids de l'usager :	
Besoin d'accompagnement :	☐ Enjeux de comportement ☐ Enjeux médicaux :

**À compléter au besoin, ou si les documents requis ne sont pas disponibles*

Caractéristiques de la personne	
État de santé physique et mentale (diagnostic) :	
Mobilité (utilisation d'une aide technique, déplacement, chutes) :	
Atteintes cognitives (mémoire, orientation, jugement, compréhension, comportement, errance):	
Histoire personnelle et réseau social (si connu)	
Habitudes de vie (sommeil, alimentation, tabagisme, loisirs, AVQ/AVD)	
Suivi(s) actuel(s) dans le réseau de la santé	
Équipement ou matériel qui doit suivre l'usager ou qui est requis avant son transfert	

Signature de l'intervenant : _____

Date : _____

Titre professionnel : _____

Téléphone : _____