



MOCLI60475

Installation : _____

ÉCHANGE D'INFORMATION AVEC LE CENTRE ACCOUCHEUR – FICHE 28

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Ce formulaire sert à partager de l'information de nature psychosociale entre l'intervenant du CLSC et le personnel du centre accoucheur à partir de 28 semaines de grossesse de l'usagère.

Le consentement verbal à échanger l'information a été obtenu de l'usagère le : _____
aaaa-mm-jj

Échange d'information avec le centre accoucheur ☐ Accepte ☐ Refuse
Échange d'information avec le médecin traitant ☐ Accepte ☐ Refuse

Nom de l'intervenant(e) : _____ Titre d'emploi : _____

Intervenant provenant du :	Numéro de téléphone	Poste	Numéro de télécopieur
☐ CLSC de Châteauguay	450-699-3333		450-699-1160
☐ CLSC de Saint-Rémi	450-454-4671		450-699-1160
☐ CLSC de Napierville	450-245-3336		450-699-1160
☐ CLSC Kateri	450-659-7661		450-699-1160
☐ CLSC de Salaberry-de-Valleyfield	450 371-0143		450-854-2088
☐ CLSC de Huntingdon	450-829-2321		450-843-5003
☐ CLSC de Vaudreuil-Dorion	450 455-6171		450-424-8218

☐ Centre Mère-Enfant Hôpital Suroit Télécopieur : 450-371-6554 À l'attention de l'agente administrative au Centre Mère-Enfant. Feuille à joindre au dossier obstétrical avec les feuilles 1-2-3-4	☐ Pavillon de naissance Hôpital Anna-Laberge Télécopieur : 450-699-2775 À l'attention de l'agente administrative au Pavillon de naissance. Feuille à joindre au dossier obstétrical avec les feuilles 1-2-3-4
--	--

La date prévue de l'accouchement : _____
aaaa-mm-jj

Information pertinente pour assurer la continuité des soins : Nature du suivi / Besoins identifiés / Éléments à surveiller :

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Plan de retour prévu post-accouchement, réseau, soutien, services en place :

Signature :

Date :

SECTION RÉSERVÉE AU CENTRE ACCOUCHEUR

☐ Rien à signaler à l’intervenant du CLSC

Information psychosociale à transmettre à l’intervenant du CLSC post-accouchement ou post-hospitalisation :

☐ **Post-hospitalisation**

Veuillez retourner par télécopieur au CLSC à l’intervenant identifié sur le formulaire

Nom de l’infirmière :

Signature :

Date :

aaaa-mm-jj

☐ Rien à signaler à l’intervenant du CLSC

☐ **Post-accouchement**

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE SIMULTANEMENT AVEC LE [FORMULAIRE CLI-60065 AVIS DE CONTINUITÉ DE SOINS PÉRINATALITÉ À L’ACCUEIL PETITE ENFANCE DU CLSC RÉPONDANT](#).

Nom de l’infirmière :

Signature :

Date :

aaaa-mm-jj