

Référence à: _____

Serv./progr.: _____

Tél.: (____) _____ Téléc.: _____

Demandé par: _____

Serv./progr.: _____

Tél.: (____) _____ Téléc.: _____

Fonction: _____

Admis/inscrit le: A ____/M ____/J ____ Hre: _____

Congé prévu le: A ____/M ____/J ____ Hre: _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Situation psychosociale et problématique associées (Cochez si pertinent)

Appréhension face au retour à domicile ☐	Isolement / Insécurité ☐	Violence ☐
Soutien naturel peu ou pas existant ☐	Aidant tendu, fatigué, épuisé ☐	Abus / Exploitation ☐
Faibles conditions socio-économiques ☐	Risque de suicide ☐	Alcoolisme / Toxicomanie ☐
Immigration récente ☐	Deuil / Perte ☐	Autre ☐

Précisions: _____

Professionnels impliqués: Nom _____ Tél.: (____) _____

Capacité fonctionnelle et environnement (Cochez si pertinent)

Incapacité concernant: AVQ ☐ Mobilité ☐ Le comportement et les fonctions mentales ☐
AVD ☐ Communication ☐

Précisions: _____

Habite au _____ étage Ascenseur ☐ Escalier int. ☐ Escalier ext. ☐

Transport assumé par: Usager ☐ Famille ☐ Autre _____

Professionnels impliqués: Nom _____ Tél.: (____) _____

Informations complémentaires: _____

Services ou référence en cours: _____

Nom: _____ Signature: _____ A ____/M ____/J ____ Hre: _____