

Référence à : _____
Serv./progr.: _____
Tél. : (____) _____ **Télec.:** _____
Demandé par: _____
Serv./progr.: _____
Tél.: (____) _____ **Télec.:** _____
Fonction : _____
Admis/inscrit le : A ____/M ____/J ____
Congé prévu le : A ____/M ____/J ____ **Heure :** _____

Milieu de vie : Maison ☐ Logement/app. ☐

Autre : _____

Habite avec : _____

Occupation : _____

Assurance : _____

Particularité, problème ou facteur de risque :

(cochez et si oui, précisez à la p. 2 dans la section appropriée)

Capacité fonctionnelle Oui ☐ Non ☐

Situation psychosociale Oui ☐ Non ☐

Environnement Oui ☐ Non ☐

P.J.: _____

Usager consent à référence et transmission info. ☐

Motif de la demande / Ordonnance médicale : _____

Si ord. Méd. : Nom du médecin _____

Signature _____

(____)

Téléphone _____

Date (A/M/J) _____

Diagnostic principal (date) : _____

Médication actuelle : _____

Conditions associées /services reçus (dates)

PRONOSTIC : _____

Usager est-il au courant du pronostic? Oui ☐ Non ☐

Fourniture méd./équipement remis : ☐ (précisez p. 2)

Pharmacie : _____ **Tél. :** (____) _____

Allergies : _____

Suivi médical : MD de famille _____

Tél. : (____) _____

Avisé ☐

Adresse : _____

Suivi : Dom. ☐ Bur. ☐ CH ☐ CSSS ☐

Nom / spécialité

CH/Clinique/adresse

Prochain R.V.

A ____/M ____/J ____

A ____/M ____/J ____

NOM : _____

Signature : _____

A ____/M ____/J ____

Heure : _____