

| | |
|---|--|
| Date de l'identification : [date] JJ / MM / AAAA | Identification faite par : Choisissez s.v.p. |
| Nom de la personne-ressource : | Titre et organisme (le cas échéant) : |
| N° de tél. : | N° de téléc. : Courriel : |
| Zone du maillon santé (si elle est connue) : Choisissez s.v.p. Coordonnateur de soins (s'il a déjà été désigné) : | |

Renseignements sur le patient

| | | | |
|--|--|------------|---------------|
| N° de carte Santé : | Pas de n° de carte Santé : inconnu <input type="checkbox"/> pas de n° de carte Santé <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> | | |
| Nom de famille : | Prénom : | | |
| Adresse : | Ville : | Province : | Code postal : |
| N° de tél. dans la journée : | Autre n° de tél. : | | |
| Langue officielle préférée : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> | Date de naissance : [date] JJ / MM / AAAA | | |
| Langue de service préférée : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> | Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> intersexe <input type="checkbox"/> trans (de femme à homme) <input type="checkbox"/> trans (d'homme à femme) <input type="checkbox"/> bispirituel <input type="checkbox"/> autre (précisez) <input type="checkbox"/> | | |
| Interprète requis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Ne sais (sait) pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> | | |
| Personne-ressource principale (si ce n'est pas le client) : | Lien : conjoint <input type="checkbox"/> fondé de pouvoir <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> | | |
| N° de tél. : | Autre n° de tél. : | | |
| Au courant de l'identification pour les maillons santé : patient <input type="checkbox"/> personne-ressource principale <input type="checkbox"/> | | | |
| Précautions de sécurité (maladie infectieuse, antécédents de violence, animaux de compagnie, p. ex.) : | | | |

Soins primaires

| | |
|---|---|
| Fournisseur de soins de santé primaires (médecin ou IP, p. ex.) : | Au courant de l'identification pour les maillons santé <input type="checkbox"/> |
| N° de tél. : | N° de téléc. : |

Raison de l'identification (soyez précis/indiquez les attentes)

Documents supplémentaires joints (sommaire de congé, p. ex.)

| Critères des maillons santé <input type="checkbox"/> Au moins 4 maladies chroniques | Élément(s) parmi les suivants <input type="checkbox"/> : |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Santé fragile <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Douleur chronique <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Arthrite et troubles connexes <input type="checkbox"/> Déficience développementale <input type="checkbox"/> Trouble neurologique <input type="checkbox"/> Maladie du foie <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire <input type="checkbox"/> Maladie du cœur <input type="checkbox"/> VIH/sida <input type="checkbox"/> Amputations <input type="checkbox"/> Toxicomanie Autre (tout ce qui est pertinent): _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> Vis (vit) seul/suis (est) isolé <input type="checkbox"/> Manque de soutiens sociaux <input type="checkbox"/> Présente des risques sur le plan de la sécurité en général <input type="checkbox"/> Récemment immigré <input type="checkbox"/> Abus (par le passé, aujourd'hui) <input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire <input type="checkbox"/> Faible revenu personnel <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Aucune connaissance des langues officielles <input type="checkbox"/> Préoccupations concernant le logement <input type="checkbox"/> Autre (tout ce qui est pertinent) : _____ _____ |

Considérations importantes : Hospitalisations fréquentes Visites fréquentes à l'urgence
 Rendez-vous souvent manqués Utilisation fréquente des services d'intervention en cas de crise
 Rendez-vous fréquents en soins primaires État de santé à risque de détérioration imminente
 Autres sujets de préoccupation : _____

Indiquez les autres fournisseurs de services connus :