

Date de la demande : JJ / MM /AAAA	Provenance de la demande :	N° de tél. :
Remplie par :	Titre :	N° de tél. :
Courriel :		
Coordonnateur de soins du maillon santé (s'il est affecté par votre organisme) :		

Renseignements sur le patient

N° de carte Santé :			
Nom :		Prénom :	
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :
N° de tél. dans la journée :		Autre n° de téléphone :	
Date de naissance :	Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> indifférencié <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/>		
Langue du service : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		Interprète requis : oui <input type="checkbox"/> non <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 : _____	
<small>*Il peut s'agir de la personne à contacter en cas d'urgence.</small>			
N° de tél. :		Autre n° de tél. :	
Précautions de sécurité (p. ex. : maladie infectieuse, antécédents de violence, animaux de compagnie, etc.) :			

Renseignements sur le fournisseur de soins primaires et raison de la demande

Fournisseur de soins de santé primaires (p. ex., médecin ou IP) :	Au courant de la demande <input type="checkbox"/>
Coordonnées (numéros de tél. et de téléc.) :	
Raison de la demande de consultation (soyez précis/indiquez les attentes) :	

<p>Critères des maillons santé <input type="checkbox"/> Au moins 4 maladies chroniques</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur chronique <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Fragilité</p> <p><input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Trouble neurologique <input type="checkbox"/> Arthrite</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire (MPOC, asthme, emphysème)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie du cœur (coronaropathie, ICC, infarctus du myocarde, fibrillation auriculaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Santé mentale (anxiété/troubles de l'humeur, schizophrénie, trouble de la personnalité)</p> <p><input type="checkbox"/> Toxicomanie</p> <p>Autre (tout ce qui est pertinent) : _____</p> <p>Autre (tout ce qui est pertinent) : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Autres éléments à prendre en compte</p> <p><input type="checkbox"/> Vit seul/est isolé</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de soutiens sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> Présente des risques sur le plan de la sécurité en général</p> <p><input type="checkbox"/> Abus (par le passé, aujourd'hui)</p> <p><input type="checkbox"/> Manque souvent ses rendez-vous</p> <p><input type="checkbox"/> Sont fréquents : visites à la salle d'urgence, hospitalisations, rendez-vous en soins primaires, et utilisation de services</p> <p><input type="checkbox"/> État de santé en détérioration</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (tout ce qui est pertinent) : _____</p> <p>Autres sujets de préoccupation : _____</p>
---	---

Indiquez les autres fournisseurs de services connus

1.	3.
2.	4.