

|  |                            |              |
|--|----------------------------|--------------|
| 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 : _____ |               |
| <i>*Il peut s'agir de la personne à contacter en cas d'urgence.</i>   |   |  |               |
| 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.) :                                       |   |
| <b>Raison de la demande de consultation (soyez précis/indiquez les attentes) :</b> |   |
|  |   |

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

**Indiquez les autres fournisseurs de services connus**

|    |    |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |