

**DEMANDE D'ACCÈS AUX LITS  
DES CENTRES DE CONVALESCENCE  
DANS LE CONTEXTE DE PANDÉMIE - COVID-19**

Nom :  
Prénom :

Date de naissance :  
N.A.M. :

**DEMANDE DE RÉFÉRENCE  
POUR DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ**

<b>1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE</b>			
Adresse		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	
Ville	Province	Code postal	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non applicable
Téléphone domicile		Cellulaire	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Autorisation de laisser un message	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire
Préciser		<input type="checkbox"/> Autre Préciser _____	
Interprète nécessaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Courriel			
Nom de la personne à joindre en cas d'urgence		Téléphone	
Parent, tuteur, curateur, représentant (lorsque requis)		Téléphone	
<b>2- GROUPE D'ÂGE</b>			
<input type="checkbox"/> 0-13 ans <input type="checkbox"/> 14-17 ans <input type="checkbox"/> 18-64 ans <input type="checkbox"/> 65 ans et plus			
<b>3- ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE/PSYCHOLOGIQUE</b> (État de santé physique/psychologique (préciser le diagnostic et les conditions associées pertinentes))			
État de santé physique/psychologique (préciser le diagnostic et les conditions associées pertinentes)			
<b>Date de début des symptômes :</b>			
<b>Date du test de dépistage :</b>			
<b>Résultat :</b> <input type="checkbox"/> COVID positif <input type="checkbox"/> COVID négatif <input type="checkbox"/> Résultat à venir			
<b>4- FACTEUR(S) DE RISQUE OU CONTRIBUTIF(S)</b>			
<input type="checkbox"/> Abus/négligence/maltraitance	<input type="checkbox"/> Décrochage scolaire	<input type="checkbox"/> Fugue/risques de fugue	<input type="checkbox"/> Problèmes de comportement
<input type="checkbox"/> Absence de réseau social/réseau inadéquat	<input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/> Idéations suicidaires/homicidaires	<input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants
<input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive	<input type="checkbox"/> Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Implication de la DPJ	<input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Chute/risque de chute	<input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant	<input type="checkbox"/> Insalubrité/encombrement	<input type="checkbox"/> Rupture conjugale
<input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire	<input type="checkbox"/> Errance	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Violence conjugale/familiale
<input type="checkbox"/> Détérioration imminente de l'état de santé/instabilité physique/mentale	<input type="checkbox"/> Dépendance/trouble d'utilisation de substances/jeu	<input type="checkbox"/> Polypharmacie	<input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
<b>5- NATURE DU BESOIN OU DES BESOINS</b> (Observations, manifestations, besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches)			
<input type="checkbox"/> Problème de santé physique		<input type="checkbox"/> Problème neurocognitif	
<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique		<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale et dépendance	
<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique		<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé <input type="checkbox"/> Chronique	
<input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)			
<input type="checkbox"/> Problème psychosocial		<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Conjugal <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Social/travail	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____			
<b>Échelle de priorité clinique</b> <input type="checkbox"/> ≤ 3 jours <input type="checkbox"/> ≤ 14 jours <input type="checkbox"/> ≤ 30 jours <input type="checkbox"/> > 30 jours			

Nom :

N° dossier :

## 6- SOINS ET SERVICES SOUHAITÉS

**Situation particulière COVID-19**  
**Demande d'accès aux lits des centres de convalescence**

**S'il y a lieu, niveau de soins (soins palliatifs) :**  A  B  C  D

## 7- PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET ALLERGIE(S)

Voir le profil de pharmacologie joint à la présente demande

Ou énumérer :

Coordonnées de la pharmacie principale

Téléphone

Allergie(s) (médicament – aliment – environnement)

Aucune

Préciser :

## 8- COORDONNÉES DU MÉDECIN DE FAMILLE

Sans médecin de famille

Nom du médecin

N° de permis

Nom de la clinique/bureau de consultation

Téléphone

Télécopieur

Courriel (facultatif)

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

## 9- COORDONNÉES DU RÉFÉRENT (si différent du médecin de famille ou sans médecin de famille)

Nom

Fonction

Nom de l'organisme/clinique

Adresse

Téléphone

Télécopieur

Courriel (facultatif)

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

## 10- CONSENTEMENT

L'utilisateur ou son parent/tuteur/curateur/représentant (14 ans et moins) est informé de la demande.

Oui  Non

L'utilisateur autorise la transmission d'information au CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre de cette demande de référence.

Oui  Non

## 11- DOCUMENTS JOINTS

Rapports médicaux  Rapports professionnels  Fiche sommaire médicale  Rapports d'examen (laboratoire, radiographie, etc.)

Résumé du dossier  Profil pharmacologique  Autre (préciser)

## Coordonnées pour transmettre la demande au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Équipe Accès

Adresse courriel : [acces-lit-convalescence.covid.ciuSSScn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:acces-lit-convalescence.covid.ciuSSScn@ssss.gouv.qc.ca)

Pour besoin de soutien : 418 651-3888