



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCES MÉDICALES

IDENTIFICATION DU POSTULANT

NOM(S), PRÉNOM(S)

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)

HISTOIRE MÉDICALE

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CETTE PERSONNE EST-ELLE SOUS VOS SOINS ? _____

QUELS SONT LES DATES ET LES MOTIFS DES DERNIÈRES CONSULTATIONS ?

DATE : _____ *Format : (AAAA-MM-JJ)*

MOTIF : _____

DATE : _____ *Format : (AAAA-MM-JJ)*

MOTIF : _____

DATE : _____ *Format : (AAAA-MM-JJ)*

MOTIF : _____

La personne souffre-t-elle ou a-t-elle déjà souffert de :

oui non

ALCOOLISME

TOXICOMANIE

TROUBLES NERVEUX

MALADIES ENDOCRINIENNES GRAVES

DIABÈTE

CANCER

oui non

TROUBLES CARDIAQUES

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

MALADIES INFECTIEUSES

INCAPACITÉ AUDITIVE ET/OU VISUELLE

AUTRES MALADIES

SPÉCIFIEZ : _____

A-T-ELLE BESOIN DE TRAITEMENTS MÉDICAUX? OUI NON

Spécifiez : _____

PREND-ELLE UNE MÉDICATION? OUI NON

Spécifiez : _____

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCES MÉDICALES

LA PERSONNE CONCERNÉE A-T-ELLE DÉJÀ PRÉSENTÉ UN DÉSORDRE PSYCHOLOGIQUE QUI AURAIT ENCORE DES CONSÉQUENCES SUR SON FONCTIONNEMENT ACTUEL ? OUI NON

Spécifiez : _____

EN GÉNÉRAL, LA SANTÉ PHYSIQUE DE CETTE PERSONNE LUI PERMET-ELLE DE REMPLIR SES OBLIGATIONS FAMILIALES OU PROFESSIONNELLES ACTUELLES ? OUI NON

Spécifiez : _____

À VOTRE CONNAISSANCE, CETTE PERSONNE A-T-ELLE DÉJÀ ÉTÉ RÉFÉRÉE À UN SPÉCIALISTE ? OUI NON

SI OUI, POUR QUELLES RAISONS ?

Spécifiez : _____

SELON VOUS, Y A-T-IL UNE CONTRE-INDICATION MÉDICALE OU SOCIALE FACE AU PROJET DE CETTE PERSONNE DE DEVENIR FAMILLE D'ACCUEIL (*ressource de type familial*) ? OUI NON

Spécifiez : _____

Prenez note que s'il y a des frais pour remplir ce formulaire, ils doivent être facturés au patient.

NOM EN LETTRES MOULÉES : _____

NOM, PRÉNOM

SIGNATURE : _____ DATE : _____

(AAAA-MM-JJ)

ADRESSE : _____ VILLE : _____

CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE : _____

VEUILLEZ RETOURNER LE DOCUMENT À L'ADRESSE SUIVANTE :
recrutement_familledaccueil.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca