

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

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

<input type="checkbox"/> Équipe d'intervention de la sécurité civile			
<b>1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE</b>			
Adresse		<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe (SDF)	Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Ville	Province	Code postal	
Téléphone domicile		Cellulaire	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Autorisation de laisser un message		<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Autre préciser _____
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Préciser: _____	Besoin d'interprète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir			
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)			
<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 ou inadéquat	<input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer	<input type="checkbox"/> Implication de la DPJ	<input type="checkbox"/> Réfugiés/immigrants
<input type="checkbox"/> Atteinte neurocognitive	<input type="checkbox"/> Difficultés financières	<input type="checkbox"/> Insalubrité-encombrement	<input type="checkbox"/> Risque d'hospitalisation
<input type="checkbox"/> Chute/risque de chute	<input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Rupture conjugale
<input type="checkbox"/> Dénutrition/perte de poids involontaire	<input type="checkbox"/> Errance	<input type="checkbox"/> Polypharmacie	<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"/> Idéations suicidaires/homicidaires	<input type="checkbox"/> Perte de milieu de vie/instabilité résidentielle
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
<b>5- NATURE DU BESOIN ou des besoins (observations, manifestations, besoins exprimés par l'utilisateur ou ses proches)</b>			
<b>Problème de santé physique</b>	<b>Problème neurocognitif</b>	<b>Problème de santé mentale et dépendance</b>	<b>Problème psychosocial</b>
<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Aigu/exacerbé	<input type="checkbox"/> Personnel
<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Chronique	<input type="checkbox"/> Conjugal
	<input type="checkbox"/> Symptômes comportementaux et psycho. de la démence (SCPD)		<input type="checkbox"/> Familial
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____			
<b>Échelle de priorité clinique</b> <input type="checkbox"/> 1 à 3 jours <input type="checkbox"/> 4 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> 31 jours et plus			

CN00226 (2024-07-26)

Nom :

N° dossier :

<b>6- SOINS ET SERVICES SOUHAITÉS</b>		
<b>7- PROFIL PHARMACOLOGIQUE ET ALLERGIE(S)</b>		
<input type="checkbox"/> Voir le profil de pharmacologie joint à la présente demande ou énumérer :		
Coordonnées de la pharmacie principale	Téléphone	
<input type="checkbox"/> Allergie(s) (médicament – aliment – environnement)	<input type="checkbox"/> Aucune	
Préciser :		
<b>8- COORDONNÉES DU MÉDECIN DE FAMILLE</b> <input type="checkbox"/> Sans médecin de famille		
Nom du médecin		
Nom de la clinique/bureau de consultation		
Téléphone	Télécopieur	
Courriel (facultatif)		
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Médecin	Numéro de permis _____
<b>9- COORDONNÉES DU RÉFÉRENT (SI DIFFÉRENT DU MÉDECIN DE FAMILLE OU SANS MÉDECIN DE FAMILLE)</b>		
Nom		Fonction
Nom de l'organisme/clinique		Adresse
Téléphone		Télécopieur
Courriel (facultatif)		
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____	Profession _____
<b>10- CONSENTEMENT</b>		
L'usager ou son parent/tuteur/curateur/représentant (14 ans et moins) est informé de la demande. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'usager autorise la transmission d'information au CIUSSS de la Capitale-Nationale dans le cadre de cette demande de référence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>11- DOCUMENTS JOINTS</b>		
<input type="checkbox"/> Rapports médicaux	<input type="checkbox"/> Rapports professionnels	<input type="checkbox"/> Fiche sommaire médicale
<input type="checkbox"/> Résumé du dossier	<input type="checkbox"/> Profil pharmacologique	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)
<b>COORDONNÉES POUR TRANSMETTRE LA DEMANDE AU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE</b>		
<input type="checkbox"/> Équipe Accès Télécopieur : 418 577-8975 Pour besoin de soutien : 418 651-3888	<input type="checkbox"/> Clientèle anglophone Équipe Accès bilingue Télécopieur : 418 681-9265 Pour besoin de soutien : 418 684-5333, poste 11805	
<b>Légende</b> DPJ : direction de la protection de la jeunesse      psycho. : psychologique		
Section réservée pour la signature électronique		