



SOINS À DOMICILE ♦ HOME CARE

Usager

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F Autre

Langue de communication :

No. Ass. Maladie :

Téléphone :

Adresse de l'usager :

Ville :

Code postal :

Diagnostic principal et Motif de la demande :

Référence | **Soins palliatifs et de fin de vie**

Demandé par :

Département :

Établissement :

Téléphone :

Courriel :

Personne proche aidante

Nom complet :

Date de naissance :

Langue de communication :

Relation avec l'usager :

Téléphone :

Cellulaire ou tél. bureau :

Besoins nommés du proche aidant :

Médication :

Pharmacie (nom et téléphone) :

Maladies infectieuses ou conditions associées :

Allergie :

Suivi médical

Nom complet :

Spécialité :

Téléphone :

Établissement :

Nom complet :

Spécialité :

Téléphone :

Établissement :

Autres professionnels et services impliqués

Nom :

Profession :

Téléphone :

Nom :

Profession :

Téléphone :

Description des services, soins et équipements en place par le réseau public :

Problématiques et capacité fonctionnelle

Comportement

Mobilité

Fonctions cognitives

Communication

Dangers identifiés

Précisions :

Situation – soutien familial

Précisions :

Description du réseau hors du réseau public :

Informations complémentaires :

L'utilisateur ou personne autorisée consent à la référence et à la transmission de l'information

Approuvé

Désapprouvé

Date :

Nom :

Signature :