

FICHE D'INFORMATION

À acheminer au Programme de soutien à domicile du CLSC

Date de la visite

Année Mois Jour

Coordonnées de la personne

Nom de famille à la naissance

Date de naissance
Année Mois Jour

N° d'assurance maladie

Prénom usuel

Date d'expiration
de la carte

Année Mois

Âge :

Adresse de résidence

N° civique

Rue ou rang

Appartement

Municipalité

Code postal

N° de téléphone
Ind. régional

Personne-ressource (s'il y a lieu)

Nom et prénom

N° de téléphone
Ind. régional

Médecin qui effectue la visite :

Nom et prénom

Adresse

N° civique

Rue

Bureau

Ville ou localité

Code postal

Médecin traitant

Identité du médecin traitant, le cas échéant (nom, prénom)

Médecin remplaçant

Condition clinique de la personne

Problème médical aigu déclenchant la demande de suivi médical à domicile :

Diagnosics ou problèmes de santé importants, conditions associées :

Prescriptions laissées au patient :

Perte d'autonomie : permanente temporaire

Durée probable
du suivi médical :

Nature de la demande de service au CLSC

Évaluation Suivi Ex. : nursing/prélèvements/adaptation/domicile;

Priorisation d'évaluation ou de suivi à domicile par le CLSC selon l'intensité des facteurs de risque évalués (cochez)

- Priorité 1 (moins de 24 heures)** : situation de crise, danger imminent pour la santé de la personne et des proches, risque d'hospitalisation ou d'hébergement imminent si pas de services dans les 24 heures.
- Priorité 2 (moins de 48 heures)** : situation de crise potentielle, danger potentiel pour la sécurité de la personne ou des proches, risque de détérioration bio-psychosociale à très court terme, risque d'hospitalisation ou d'hébergement à très court terme.
- Priorité 3 (moins d'une semaine)** : pas de crise ou de danger appréhendé, pas de risque de détérioration à court terme, peu de risque d'hospitalisation ou d'hébergement prématuré, milieu naturel en voie d'épuisement.
- Priorité 4 (entre 2 à 4 semaines)** : personne en sécurité, faible risque de détérioration prévisible, milieu peut compenser temporairement.

Signature du médecin

Date

Année Mois Jour

Heure