

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		Âge :		Date d'expiration de la carte Année Mois	
Adresse de résidence		Appartement		N° de téléphone Ind. régional	
N° civique	Rue ou rang	Code postal			
Municipalité					
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
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Identité du médecin traitant, le cas échéant (nom, prénom)	
<input type="checkbox"/> 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			Heure	
Année	Mois	Jour		