

Renseignements relatifs à l'adulte hébergé

Numéro d'assurance maladie		Numéro d'assurance sociale	
Nom de famille à la naissance			Date de naissance Année Mois Jour
Prénom usuel			Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Type d'hébergement			
<input type="checkbox"/> Admission	Date Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle	<input type="checkbox"/> Chambre à deux lits
Type de soins		<input type="checkbox"/> Chambre à trois lits ou plus	<input type="checkbox"/> Soins prolongés
		<input type="checkbox"/> Soins de réadaptation	

Établissement

Numéro de l'établissement
Numéro de dossier de l'établissement

Cas spéciaux

<input type="checkbox"/> Tierce responsabilité	<input type="checkbox"/> Résident du Québec depuis moins de 90 jours	Si en provenance d'une autre province canadienne Province ou territoire d'origine
Date d'arrivée au Québec Année Mois Jour	Si en provenance d'un autre pays Dernier pays de résidence	

Désignation d'un représentant

<input type="checkbox"/> Curateur public	Numéro de dossier du curateur
<input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M. Nom et prénom de la personne représentant l'adulte hébergé
<input type="checkbox"/> Représentant légal	Adresse de correspondance
	Numéro Rue Appartement
	Ville Code postal
	Téléphone au domicile Ind. régional Téléphone au travail Ind. régional Télécopieur Ind. régional Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

Établissement

Nom de l'établissement	Nom et prénom de la personne à la comptabilité responsable du dossier de l'adulte hébergé
Téléphone Ind. régional Poste	Télécopieur Ind. régional Signataire autorisé
	Date Année Mois Jour

Modifications

<input type="checkbox"/> Changement de chambre	Date Année Mois Jour	Nouveau type d'hébergement <input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre à deux lits <input type="checkbox"/> Chambre à trois lits ou plus
<input type="checkbox"/> Départ	Date Année Mois Jour	Si décès, cochez. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre	Précisez	