

**Formulaire de référence**

**SNT SAPA – 605, rue Bowen Sud**

**Sherbrooke**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : |  | Date de naissance : | |  | No Dossier : |  |
| (AAAA/MM/JJ) |
| Adresse : |  | | | | No Chambre : |  |
|  |  | | | |  |  |
| No Assurance maladie : |  | No Téléphone : |  | | No Cellulaire : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du répondant : |  | Lien de parenté : Choisissez un élément. | | | Si autre, spécifiez : |  |
| No Téléphone : |  | No Cellulaire : |  | No Autre : | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Médecin de famille : | | |  | | | | | Pharmacie : |  | | | |
| Poids : (kg) | | |  | | | | | Taille : (cm) |  | | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | |
| **Provenance** |  | | |  |  | | | |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Date : |  | |  | Domicile : | RPA : | Spécifiez : |  | | (AAAA/MM/JJ) | | |  |  | CH : | Spécifiez : |  | | Raison de l’hospitalisation : | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Orientation d’hébergement :** | |  |  |  | | RPA : | CHSLD : | | RI : | | | | | | | | | | | | | |
| **État de santé :** | | | | | | | | | | | |
| Dx connus : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | | | | |
| **Médicaments :** (cochez et joindre le profil pharmaceutique) | | | | | | | | | | | | | |
| ***Profil pharmaceutique joint à la demande (obligatoire)*** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Soins respiratoires :** (cochez si applicable) | | | | | |
|  | O2 l/min via lunettes nasales |  | Autre : | Spécifiez : | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  | Soins Trachéostomie | | | | |

**Prévention et contrôle des infections nosocomiales :** (cochez si applicable)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C difficile : | |  | SARM : |  | ERV : |  | Autre: | Spécifiez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| |  | | --- | | **Particularités psychosociales :** Régime de protection, inaptitude, consentement aux soins ou autres informations pertinentes : | | Cliquez ici pour taper du texte. |   **Comportements perturbateurs observés : Précisez :** (SCPD, collaboration aux soins, agressivité, etc.) | | | | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | |
| **Stratégies utilisées** : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Alimentation : Précisez :** (niveau d’autonomie, diète particulière, restrictions liquidiennes, allergies, etc.) |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Élimination : Précisez :** (incontinence, protection urinaire, etc.) |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Mobilité : Précisez :** (niveau d’autonomie transfert/marche, risque de chute, etc.) |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Habillage : Précisez :** (niveau d’autonomie, bas de compression, etc.) |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hygiène : Précisez :** (niveau d’autonomie, participation, etc.) | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Aide technique recommandée : Précisez :** (marchette, fauteuil roulant, etc.) | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Équipement apporté par le patient :** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Consentement verbal obtenu le : |  |
| (AAAA/MM/JJ) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Requête complétée par : |  | No Téléphone : |  | No Cellulaire : |  |

**Faire parvenir ce formulaire, le SMAF et toute autre information pertinente à :**

05 CIUSSSE-CHUS DPSAPA Site non traditionnel 605 Bowen@[ssss.gouv.qc.ca](mailto:genevieve.belanger.adm.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECTION RÉSERVÉE AU CHEF DE SERVICE :** | | | | | |
| Demande acceptée-admission le : |  | No Chambre : |  | En attente : |  |
|  | (AAAA/MM/JJ) |  | | | |
| Demande refusée : (Spécifiez :) | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
|  |  | | | | |