

**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

|  |
| --- |
| **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. |
|  |  |