|  |  |
| --- | --- |
| RÉFÉRENCE SIAD  INSTALLATION CSSS-IUGS  **TÉLÉCOPIEUR : 819-563-1605** | NOM :  PRÉNOM : |
| RAMQ : |
| DDN : |
| ACTUELLEMENT HOSPITALISÉ  NON  OUI – LIEU : |
| ADRESSE : |
| PERSONNE À CONTACTER :  TÉLÉPHONE : |
| MÉDECIN DE FAMILLE :       COORDONNÉES : | |
| MALADIE INFECTIEUSE NON  OUI : | |
| CAPACITÉ AUX AUTO SOINS  NON  OUI | PROCHE AIDANT POURRAIT COMPENSER  NON  OUI |
| CAPABLE DE SE DÉPLACER  NON  OUI | |
| **MOTIF DE RÉFÉRENCE (VOIR CRITÈRES D’INCLUSION / EXCLUSION AU VERSO)** | |
|  | |
| **INFORMATIONS REQUISES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE (À JOINDRE SANS FAUTE)**  Antécédents médicaux (obligatoire)  Profil pharmacologique à jour (obligatoire)  Résumé de consultation / notes professionnelles pertinentes  ☐ Prescription médicales s’il y a lieu  Plan de traitement s’il y a lieu (ex : sonde, soins piccline, dernière date de traitements et prochaines prévues) | |
| **RÉFÉRENT**  NOM / PRÉNOM DU RÉFÉRENT :  LIEU DE PRATIQUE DU RÉFÉRENT :  CHUS  GMF /CLINIQUE MÉDICALE :        AUTRE :  TÉL :      POSTE :  SIGNATURE : DATE : | |

**Critères d’admissibilité et d’exclusion**

**Admissibilité :**

* Personne vivant à domicile, en RPA ou en RI qui présente une perte d’autonomie secondaire à une ou plusieurs maladies chroniques et qui présente un problème de santé aigu.
* Dont l’état de santé nécessite des visites quotidiennes par une infirmière ou un médecin
* Connue ou non SAD
* Inscrite ou non à un médecin de famille
* Qui désire être soignée à domicile et dont les objectifs de soins sont limités
* Qui a un environnement et un réseau de soutien qui lui permettent de rester à domicile malgré la détérioration de son état de santé

**Exclusion :**

Les personnes qui souhaitent d’emblée être hospitalisées, avoir accès au plateau technique hospitalier pour des investigations ou soins complexes ou qui sont en mesure de se déplacer pour obtenir des soins médicaux.

**Si vous avez des questions concernant une référence que vous souhaitez faire. Vous pouvez communiquer avec l’ASI, Jean-François Poulin, au 819 780-2220, poste : 44837.**

**Transmettez ce formulaire de référence complété par télécopieur au 819-563-1605 ou par courriel à** [**jean-francois.poulin.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:jean-francois.poulin.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca?subject=Référence%20SIAD)**.**