

REQUÊTE DE SERVICE CENTRE DE JOUR

USAGER	REQUÉRANT
# Dossier CSSS-IUGS : Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Tél. :(819) Date de naissance :A /M /J État civil : C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Vit : Seul <input type="checkbox"/> Résidents <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Langue parlée : R.A.M.Q. : EXP : / Personne à contacter: Tél. : (819) Lien : Profil iso-SMAF : (profil 4 et plus) Motif de la demande : _____	Nom : Prénom : Profession : Tel :(819) <u>Lieu de pratique du référant :</u> <input type="checkbox"/> Hôpital de Jour <input type="checkbox"/> CHUS <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas <input type="checkbox"/> AEIOR <input type="checkbox"/> Clinique médicale <input type="checkbox"/> Autre : _____
	MOYEN DE TRANSPORT
	Moyen de transport utilisé par l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Transport adapté (STS) actif <input type="checkbox"/> Demande STS complétée Date d'envoi à la STS : _____ <input type="checkbox"/> Voiture personnelle

DEMANDE DE SERVICES

<input type="checkbox"/> Stimulation des capacités physiques	<input type="checkbox"/> Mesures de répit
<input type="checkbox"/> Stimulation des fonctions cognitives	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Diagnostic principal et problèmes de santé associés : _____

Allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres : _____

✎ IMPORTANT ✎

Veillez inclure le profil pharmaceutique ainsi que tout autre document pertinent à cette requête de service

Nom du médecin traitant : _____
(si différent du requérant)

Téléphone : (819)

Signature du requérant : _____

Date de la requête :