|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE |
| **RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** |
| **NOM :**  | **SEXE :** Féminin [ ]  Masculin [ ]  |
| **PRÉNOM**  | **DATE DE NAISSANCE :**  |
| **NOM DU PÈRE :** | **NOM DE LA MÈRE :** |
| **RAMQ : Date ex :** |  |
| **ADRESSE :**  | **TÉLÉPHONE :**  |
| **ÉTAT CIVIL :** | **NATIONALITÉ :** |
| **PROFESSION :** | **PERSONNALITÉ :**Ex. : têtu, joyeux, colérique, lunatique etc… |
| **ANALPHABÈTE: 🞏 OUI / 🞏 NON** | **ALLERGIE(S) :** |
| **Personne-ressource à contacter :** (famille, ami…) | **Lien :**  |
| **PROVENANCE DE LA DEMANDE** |
| **NOM DE L’ORGANISME RÉFÉRENT :** **Coordonnées de contact :** |
| 🞏 RI 🞏 RTF 🞏 RPA 🞏 Domicile (cas de soins palliatifs) Indiquer le nom de la ressource :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **MOTIFS DE RÉFÉRENCE #1** |
|  🞏 COVID+ ou 🞏 suspecté Date confirmation infection: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞏 Demande d’un usager à domicile en soins palliatifs🞏 Demande de quarantaine cas post-hospitalisation pour usager en attente de RI-RPA |
| **MOTIFS DE RÉFÉRENCE #2** |
|  🞏 COVID+ ou 🞏 suspecté Date confirmation infection : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si l’usager répond OUI à un ou des motifs suivants, veuillez cocher :🞏 Échec de confinement est relié à une incapacité cognitive de l’usager à observer les consignes🞏 L’usager ne vit pas seul dans sa chambre / son appartement et n’est pas en mesure de s’isoler🞏 L’usager n’a pas accès à une salle de bain individuelle🞏 L’usager n’est pas autonome🞏 Usager au CH – ressource refuse le retour |
| **CARACTÉRISTIQUE DE LA PERSONNE** |
| **ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE :**  |
| **NIM :**  |
| **MOBILITÉ (UTILISATION D’UNE AIDE TECHNIQUE, DÉPLACEMENT, CHUTES) :** |
| **ATTEINTES COGNITIVES (MÉMOIRE, ORIENATION, JUGEMENT, COMPRÉHENSION, COMPORTEMENT):** |
| **HISTOIRE PERSONNELLE****DOCUMENTS REQUIS** |
| **🞏** Profil pharmacologique**🞏** Nom et coordonnées du Médecin traitant**🞏** Profil d’autonomie | **🞏** Fiche sommaire médicale (pour la clientèle RI)**🞏** Nom et coordonnées de l’intervenant pivot |
| **HISTOIRE PERSONELLE ET RÉSEAU SOCIAL :**  |
| **HABITUDES DE VIE (sommeil, alimentation, dépendances, loisirs, AVD/AVQ) / CONDITIONS ÉCONOMIQUES:**  |
| **RESSOURCE AUTOUR DE LA PERSONNE** |
| **SUIVI ACTUEL DANS LE Réseau de la santé, DIAGNOSTIC ET MÉDICATION :**  |
| **AUTRES SUIVIS  ET RESSOURCES FRÉQUENTÉES :**  |
| **STATUT LÉGAL (régime de protection, ordonnances, probation, autres) :**  |
| **CARACTÉRISTIQUES DE L’ENVIRONNEMENT** |
|  |
| **FACTEURS DE RISQUE** |
|  |
| **ANALYSE ET RECOMMANDATIONS** |
|  |
| **Fiche complétée par** |
| **NOM DE L’INTERVENANT:**  | **SIGNATURE :**  |
| **TÉLÉPHONE :**  | **DATE :**  |
| **Autorisation de communication** |
| **Par la présente, la personne consent à la transmission de la fiche de référence, ou alors joindre un consentement écrit à la demande.** |
| **SIGNATURE :** | **DATE :**  |

Veuillez transmettre ce formulaire à l’adresse suivante : mah.est.lteas@ssss.gouv.qc.ca 2020/04/13