|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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