



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  Québec	N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Nom, Prénom : _____ Nom de la mère : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ NAM : _____ Expiration : _____
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont  HMR40089
SERVICE SOCIAL - DEMANDE DE CONSULTATION - CLIENTÈLE ADULTE	
CONTEXTE : <input type="radio"/> Usager hospitalisé <input type="radio"/> Usager externe <input type="radio"/> HSCO <input type="radio"/> HMR	
DIAGNOSTIC (obligatoire) :	
<i>N. B. : Pour les patients déjà en CHSLD/RI publique ou orientés LPA/RFI, un des motifs ci-dessous est requis pour l'implication du service social.</i>	
MOTIF(S) DE CONSULTATION (obligatoire) :	Délais visés
Priorité 1 : URGENTE	PEC < 24 h
<input type="checkbox"/> Idéations suicidaires <input type="checkbox"/> Idéations homicidaires <input type="checkbox"/> Risques imminents pour le patient ou autrui (menace à l'intégrité d'un enfant ou majeur inapte, conjoints vulnérables à domicile, fugue, agressivité, violence conjugale)	
Priorité 2 : ÉLEVÉE	PEC < 24-48 h
<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie (motrice et/ou cognitive) avec impact fonctionnel sévère nécessitant une relocalisation <input type="checkbox"/> Absence de réseau (isolement) <input type="checkbox"/> Incapacité du réseau à compenser les besoins <input type="checkbox"/> Maltraitance (abus, négligence, non-respect des droits de la personne)	
Priorité 3 : MODÉRÉE	PEC < 48 h
<input type="checkbox"/> Soutien psychosocial chez le patient et les proches (problèmes d'adaptation à la maladie, aide financière, santé mentale, dépendances, itinérance) <input type="checkbox"/> Évaluation des besoins (CLSC ou autres services de la communauté. Ex. : répit, convalescence, relocalisation) Évaluations spécifiques : <input type="checkbox"/> Présence d'incapacités à prendre soin de soi et/ ou d'administrer ses biens et besoin de protection <input type="checkbox"/> Autorisation judiciaire de soins – hébergement <input type="checkbox"/> Pré-greffe	
Autre motif :	
Informations supplémentaires :	
Date et heure : _____	Signature du référent : _____
# Permis : _____	
Réponse du professionnel :	
<input type="checkbox"/> PEC effectuée par le professionnel <input type="checkbox"/> Non PEC : (ex : révision par caucus, référence externe, refus du patient...) : _____ _____ _____	
Date : _____	Par : _____
# Permis : _____	Téléphone : _____

