



DT9051

PRISE DE CONTACT MULTICLIENÈTE

DATE		
Année	Mois	Jour

À L'USAGE DU CLSC	
Profil de l'usager	N° de la demande

Date de naissance Année Mois Jour			N° chambre	N° de dossier
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal	Téléphone ind. rég.		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

IDENTIFICATION

Nom à la naissance : _____
Nom Prénom

Sexe : M F Nom usuel : _____

Adresse permanente :
(Lieu de résidence, résidence permanente) _____
N°, rue, appartement

Ville : _____ Code postal : _____

Nos de téléphone : _____ Courriel : _____
Ind. rég. Résidence Ind. rég. Travail N° de poste

Adresse temporaire :
(Lieu de séjour, résidence temporaire) _____
N°, rue, appartement

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
Ind. rég.

Date de naissance : _____ Âge : _____ Lieu de naissance : _____
Année Mois Jour

État civil : Célibataire Marié(e) Conjoint(e) de fait Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

N° d'assurance maladie : _____ Exp. : _____ N° d'assurance sociale : _____
Année Mois

Langue de communication : Français Anglais Autre : _____

Communauté culturelle : _____

Nom du/de la conjoint(e) : _____
Nom Prénom

Date de naissance : _____ Âge : _____
Année Mois Jour

Nom du père : _____ Nom de la mère
à la naissance : _____
Nom Prénom Nom Prénom

Personne-ressource : _____ Lien : _____
Nom Prénom

Nos de téléphone : _____ Courriel : _____
Ind. rég. Résidence Ind. rég. Travail N° de poste

Préciser si cette personne est : Mandataire Conseiller au majeur Tuteur Curateur

Langue de communication : Français Anglais Autre : _____

Personne-ressource : _____ Lien : _____
Nom Prénom

Nos de téléphone : _____ Courriel : _____
Ind. rég. Résidence Ind. rég. Travail N° de poste

Préciser si cette personne est : Mandataire Conseiller au majeur Tuteur Curateur

Langue de communication : Français Anglais Autre : _____

IDENTIFICATION (suite)

TYPE DE RÉSIDENCE

1. Domicile

- Maison
• Logement/appartement
• HLM
• Chambre

2. Domicile avec services

- Chambre et pension
• Résidence privée pour personnes âgées avec services
• HLM, coopérative, OBNL avec services selon entente SHQ-MSSS
• Autre, préciser :

Services inscrits dans le bail, préciser :

Permanente
Lieu de résidence

Checkboxes for permanent residence options

Temporaire (s'il y a lieu)
Lieu de séjour

Checkboxes for temporary residence options

Checkboxes for permanent services options

Checkboxes for temporary services options

Checkboxes for family resource options

Checkboxes for temporary resource options

3. Ressource de type familial (RTF)

4. Ressource intermédiaire (RI)

5. CHSLD

6. Autre (CH, CR, centre de détention, etc.), préciser :

SITUATION DE VIE

- Personne seule
Couple sans enfant
Couple avec enfants de moins de 18 ans
Famille monoparentale
Deux personnes ou plus

- avec personnes apparentées
avec personnes non apparentées

Préciser :

- s'il s'agit d'enfants de moins de 18 ans

- s'il s'agit d'adultes ayant des incapacités permanentes ou temporaires

OCCUPATION

- Au travail
Aux études
À la maison
Autre :

PROVENANCE DE LA DEMANDE

DEMANDÉ PAR

- Usager
Proche
Communauté
Intervenant(e) du réseau
Autre

Nom : (with sub-fields for Nom, Prénom, Téléphone, Ind. rég., N° de poste)

Profession :
Nom de l'établissement :

Est-ce la première demande ? (Oui, Non, Ne sait pas)

Services déjà reçus :

Raisons :

Année :

L'utilisateur consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : (Oui, Non)

Préciser :

ÉTUDE DE LA DEMANDE

NATURE DE LA DEMANDE (les attentes de l'utilisateur, de la personne qui dirige la demande, la prescription médicale)

Multiple horizontal lines for describing the nature of the request and user expectations.

Prescription médicale : (À domicile, À venir)

PROBLÈMES OU FACTEURS MENANT À LA DEMANDE (d'ordre bio-psycho-social – préciser le diagnostic et les antécédents – ou liés aux habitudes de vie, aux activités de la vie quotidienne (AVQ), aux tâches domestiques (AVD), etc.)

INFORMATIONS MÉDICALES

Hospitalisation (date de la plus récente) : de _____ à _____ Nombre de fois depuis 1 an : _____
Année | Mois | Jour Année | Mois | Jour

Nom de l'établissement : _____

Raisons : _____

Suivi :	Nom/Spécialité	CH/Clinique/Adresse	Prochain rendez-vous		
			Année	Mois	Jour
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____
Ind. rég.

Médecin de famille : _____ Téléphone : _____
Ind. rég.

Adresse : _____ Télécopieur : _____
Ind. rég.

Avisé le : _____
Année | Mois | Jour

- Endroit du suivi :**
 Domicile
 Cabinet/Clinique
 CLSC
 RTF¹
 RI²
 CHSLD
 Autre

Médicaments :

Nom	Dose et fréquence
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nom de la pharmacie : _____ Téléphone : _____
Ind. rég.

Allergie : _____

Pronostic : _____

¹ Ressource de type familial ² Ressource intermédiaire

DÉMARCHES OU SERVICES ANTÉRIEURS ET DEMANDES EN COURS
(ce qui a déjà été fait pour faire face à la situation, où et par qui)

RESSOURCES ACTUELLES (aide, services, ressources financières)

Famille, entourage (implication effective ou potentielle) : _____

Services communautaires, publics et privés : _____

Régime de protection : Non Oui, préciser : Conseiller au majeur Tuteur Curateur

Agent payeur : Non Oui, préciser : Assurances personnelles Programmes gouvernementaux (CSST, SAAQ, Anciens combattants, etc.)

Autre : _____

REMARQUES ET AUTRES INFORMATIONS

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES

Incapacités concernant :

- La mobilité Les activités de la vie quotidienne (AVQ)
 La communication Les tâches domestiques (AVD)

Problèmes de santé :

- Aggravant les incapacités ou la situation
 Devant être résolu par des soins à court terme

Éléments de vulnérabilité ou de danger :

- Âge avancé Risque de suicide
 Exploitation Violence
 Deuil ou perte Abus
 Faibles conditions socioéconomiques
 Autre : _____

Raisons : _____

Problèmes connus :

- Surconsommation de médicaments
 Toxicomanie Alcoolisme
 Autre : _____

Situation psychosociale :

- Isolement, insécurité
 Absence de ressources communautaires ou publiques
 Soutien naturel faible ou inexistant
 Aidant tendu, fatigué, épuisé
 Autre : _____

Capacité de l'usager à rester seul :

- Oui
 Non, préciser : _____

