



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 : _____

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 : _____

