



DT9094

**QUESTIONNAIRE AVANT L'ADMISSION**

Nom de l'utilisateur		Prénom	
Adresse (N°, rue, municipalité, comté)			Code postal
Adresse antérieure (en cas de changement d'adresse dans les trois derniers mois)			Date du changement Année      Mois      Jour
Téléphone Bureau      Domicile		Nationalité	Date de naissance Année      Mois      Jour
Lieu de naissance		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Autres

Nom de l'employeur		Adresse		Ind. rég.	Téléphone
Profession de l'utilisateur		Assurance <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, nom de la compagnie	
N° certificat	N° contrat	N° groupe	N° assurance maladie	Nom, prénom du père	
Nom, prénom du mari			Employeur (du père ou du mari)		
Nom de jeune fille de l'épouse			Nom de jeune fille de la mère		

Logement demandé  Salle     Chambre à 2 lits     Chambre à 1 lit

Sauf en salle, une participation aux frais est exigible du malade ou de son garant. Cette participation est établie selon les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En cas d'urgence, prévenir  Domicile     oui     non    Si non, indiquer

Nom	Lien de parenté
Adresse	Ind. rég.    Téléphone

La personne pour qui l'admission est demandée a déjà été hospitalisée :  oui     non    N° dossier médical

Si oui, à quels endroits, à quelles dates et pour quelles raisons :

---



---

Année      Mois      Jour

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_  
Signature du malade ou du garant