



SOINS À DOMICILE ♦ HOME CARE

Référence | Répit Enfant

Demandé par _____

Département _____

Téléphone _____

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Sexe M F Autre :

No. Ass. Maladie _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal _____

Nom du père _____

Cellulaire _____

Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

Langue de communication _____

Nom de la mère _____

Cellulaire _____

Téléphone maison _____

Téléphone bureau _____

Diagnostic principal : (date) _____

Maladies infectieuses : (précautions) _____

Conditions associées / services reçus (dates) _____

Suivi médical _____

Téléphone _____

Fax _____

Pagelette _____

Hôpital / Adresse _____

Médication actuelle _____

Allergies _____

CLSC / autres impliqués _____

Téléphone _____

Fax _____

Pagelette _____

CLSC / autres impliqués _____

Téléphone _____

Fax _____

Pagelette _____

Problèmes Santé physique / Capacité fonctionnelle

Incapacités: Mobilité Comportement Continence
 Communication Fonctions mentales Motivation
 Dangers identifiés Gestion des médicaments

Précisions

Fournitures méd. / équipement

Informations complémentaires i.e. références en cours

Autres professionnels impliqués

Nom

Profession

Téléphone

Name

Profession

Téléphone

Name

Profession

Téléphone

Situation familiale

Précisions

Descriptions du réseau de soutien et de services (famille, voisins, organismes)

Usager consent à référence et transmission information

Approuver Désapprouver

Date

Name

Signature
