

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal  Québec  *CSM0029*	No de dossier :	RAMQ :
	Nom :	Prénom :
	DDN :	Sexe :
	Début épisode :	No ch :
	Md traitant :	

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU GUICHET D'ACCÈS SAPA DU CIUSSS DU CENTRE-SUD DE L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
(SOUTIEN À L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE)**

1. IDENTIFICATION

*NOM DE FAMILLE	*PRÉNOM		
*DATE DE NAISSANCE	*ÂGE	*NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE	*EXPIRATION
*SEXÉ :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
*LANGUE PARLÉE :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Langue des signes du Québec (LSQ) <input type="checkbox"/> Langue des signes américaine (ASL)	

Adresse de l'usager

Nom de la ressource (si RI) :			
*Adresse :	*Appartement :		
*Ville :	*Code postal :		
*Téléphone domicile :	<input type="checkbox"/> ATS/ATME		
Téléphone cellulaire :	<input type="checkbox"/> Me rejoindre par texto		
Téléphone au travail :	Poste :		
Courriel :			

*Nom de la mère à la naissance :			
*Prénom de la mère à la naissance :			
*Nom et prénom du père :			

En cas d'urgence

Nom :	Prénom :	
Lien :	Téléphone :	
Nom :	Prénom :	
Lien :	Téléphone :	

2. RÉFÉRENT

(Nom de la personne ayant complété la demande)

<input type="checkbox"/> médecin de famille (no licence)	<input type="checkbox"/> infirmière GMF (no licence)	<input type="checkbox"/> TS en GMF	<input type="checkbox"/> Autre :
* Nom :	* Prénom :		
*Adresse :			
*Téléphone :	Poste :	:	
Courriel :	Titre d'emploi :		
*Nom du GMF / cabinet :			

No de dossier :

Nom :

Prénom :

3. BESOINS DE L'USAGER

SOINS À DOMICILE ET SOINS PALLIATIFS À DOMICILE :

- Évaluation des besoins
- Infirmière ou soins palliatifs
- Travailleur social
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute
- Nutrition
- Aide à domicile (AVQ - AVD)
- Sécurité compromise *
- À risque de chute**

INSCRIRE DIAGNOSTIC /ATCD, DÉTAILLER LA DEMANDE, DÉCRIRE LE PROBLÈME OU SITUATION ACTUELLE (* PRÉCISER, ** QUAND ET COMBIEN) :

INSCRIPTION AU CENTRE DE JOUR / HÔPITAL DE JOUR / SARCA (CEUX QUI N'ONT PAS ACCÈS À DSIE)

- Centre de jour
- Hôpital de jour
- Service ambulatoire de réadaptation
- Demande de transport adapté

CONSULTATIONS / RÉFÉRENCE POUR FAIRE CONNAÎTRE AUTRES SERVICES

- Cliniques externes de l'IUGM
 - Clinique de cognition (le médecin doit le compléter et envoyer directement)
 - Clinique de la gestion de la douleur chronique
 - Clinique de continence urinaire
 - Clinique de dysphagie
 - Clinique d'évaluation gériatrique
- Cliniques externes de l'Hôpital Chinois
 - Endocrinologie
 - Médecine interne
 - Néphrologie
 - Ophtalmologie

ÉVALUATION EN VUE D'UN HÉBERGEMENT

- Travailleur social

L'usager est d'accord avec cette demande et nous autorise à transmettre toutes informations pertinentes.

* Signature	Titre professionnel et numéro de permis	* Date (aaaa-mm-jj)
-------------	---	---------------------

TRANSMETTRE AU GUICHET D'ACCÈS SAPA (POUR CLIENTÈLE DU TERRITOIRE CCSMTL SEULEMENT)

Courriel : SAPA.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur : 514-521-6468
Téléphone : 514-940-3121