


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

CSM0029

**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
*SEXE : <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'utilisateur 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