

Nom de la personne
malade

Nom de la personne
proche aidante

Formulaire de demande de service de répit (CIUSSS-CN/CISS-CA)

Date de la demande (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____

Informations sur la personne proche aidante (P.P.A.)

Nom :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____
Prénom :	Adresse courriel :
No. de téléphone Résidence : Cellulaire :	Lien avec la personne malade :
Adresse Civique :	Adresse de la réception des services répit (si différente de celle de la PPA):
Cohabitation avec la personne aidée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Informations sur la personne malade

Nom :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____
Prénom :	No. Dossier du CLSC :
Diagnostics :	Pronostic :
Services reçus par le CLSC <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Services dispensés actuellement	Particularités/intensification des soins:

Professionnels impliqués (CLSC)

Nom du CLSC impliqué :

Médecin de suivi : _____

Infirmier/ère : _____

No. de tel : _____ Poste : _____

No. de tel : _____ Poste : _____

Courriel : _____

Courriel : _____

Travailleur social : _____

Autres professionnels : _____

No. de tel : _____ Poste : _____

Fonction : _____

Courriel : _____

No. de tel : _____ Poste : _____

Courriel : _____

Informations du référent

Nom :

Organisation :

Téléphone :

Prénom :

Fonction :

Courriel :

Critères d'admissibilité Territoire (40 km de la MMS) Personne majeure Dx oncologique Période d'intensification des besoins Présence d'un médecin dans l'équipe de SAD

Informations supplémentaires

SVP Joindre à la demande Outil de travail (Guide transfert d'information)**Au besoin :** Profil pharmacologique Dernière note infirmière Document d'évaluation travailleur social Tout rapport spécialisé pertinent : ergothérapie, physiothérapie ou autres**Autorisation verbale de divulgation d'information entre l'équipe soignante et le service de répit**