

Nom :	
Adresse :	Code postal :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> indifférencié <input type="checkbox"/> inconnue	Date de naissance :
Numéro de la carte Santé :	Téléphone :
Code de version :	
FURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES	
Nom :	Téléphone :
Si le patient est hospitalisé, veuillez indiquer dans quel établissement :	
DIAGNOSTIC PRIMAIRE	
Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
EN CAS DE DIAGNOSTIC DE CANCER OU DE MALADIE LIMITANT L'ESPÉRANCE DE VIE	
Métastases : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Description :
Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Palliatif <input type="checkbox"/> Curatif	Pronostic anticipé : <input type="checkbox"/> 0 < 6 mois <input type="checkbox"/> 6 - 12 mois <input type="checkbox"/> Incertain
AUTRE(S) DIAGNOSTIC(S) PERTINENTS POUR LES SOINS	
Allergies :	
RAISON DE LA DEMANDE	
<input type="checkbox"/> Demande d'évaluation dans le cadre de la prise en charge du cas	<input type="checkbox"/> Autre :
Intervention chirurgicale :	Date de l'intervention chirurgicale :
Hôpital :	
Le patient/la famille ont-ils été informés de la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Télésoins à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour le problème de santé suivant : <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive	
ORDONNANCES MÉDICALES	
Les ordonnances médicales doivent être signées par le médecin/le membre du personnel infirmier praticien à l'origine de la demande	
REMARQUE : Il y a des formulaires précis pour	
• le traitement par perfusion	
• l'administration d'un narcotique par perfusion	
Le patient sera évalué pour déterminer s'il convient de l'admettre en clinique de soins infirmiers, selon l'endroit où il reçoit le traitement	

IMPRIMER POUR SIGNER ET ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR

MÉDECIN/PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
No CPSO/OIIO :	
Nom en lettres moulées :	
Signature :	
Date :	
COORDONNÉES DU MÉDECIN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
Téléphone :	
Télécopieur :	
Après les heures normales de bureau :	