

Date de l'identification : [date] JJ / MM / AAAA	Identification faite par : Choisissez s.v.p.
Nom de la personne-ressource :	Titre et organisme (le cas échéant) :
N° de tél. :	N° de téléc. :
	Courriel :
Zone du maillon santé (si elle est connue) : Choisissez s.v.p. Coordonnateur de soins (s'il a déjà été désigné) :	

Renseignements sur le patient

N° de carte Santé :	Pas de n° de carte Santé : inconnu <input type="checkbox"/> pas de n° de carte Santé <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> _____		
Nom de famille :	Prénom :		
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :
N° de tél. dans la journée :	Autre n° de tél. :		
Langue officielle préférée : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/>	Date de naissance : [date] JJ / MM / AAAA		
Langue de service préférée : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/>	Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> intersexe <input type="checkbox"/>		
autre <input type="checkbox"/> _____	trans (de femme à homme) <input type="checkbox"/> trans (d'homme à femme) <input type="checkbox"/>		
Interprète requis : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	bispirituel <input type="checkbox"/> autre (précisez) <input type="checkbox"/> _____		
	Ne sais (sait) pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>		
Personne-ressource principale (si ce n'est pas le client) :	Lien : conjoint <input type="checkbox"/> fondé de pouvoir <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> _____		
N° de tél. :	Autre n° de tél. :		
Au courant de l'identification pour les maillons santé : patient <input type="checkbox"/> personne-ressource principale <input type="checkbox"/>			
Précautions de sécurité (maladie infectieuse, antécédents de violence, animaux de compagnie, p. ex.) :			

Soins primaires

Fournisseur de soins de santé primaires (médecin ou IP, p. ex.) :	Au courant de l'identification pour les maillons santé <input type="checkbox"/>
N° de tél. :	N° de téléc. :

Raison de l'identification (soyez précis/indiquez les attentes)

Documents supplémentaires joints (sommaire de congé, p. ex.)

Critères des maillons santé <input type="checkbox"/> Au moins 4 maladies chroniques	Élément(s) parmi les suivants <input type="checkbox"/> :
<input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Santé fragile <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Douleur chronique <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Arthrite et troubles connexes <input type="checkbox"/> Déficience développementale <input type="checkbox"/> Trouble neurologique <input type="checkbox"/> Maladie du foie <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire <input type="checkbox"/> Maladie du cœur <input type="checkbox"/> VIH/sida <input type="checkbox"/> Amputations <input type="checkbox"/> Toxicomanie Autre (tout ce qui est pertinent): _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Vis (vit) seul/suis (est) isolé <input type="checkbox"/> Manque de soutiens sociaux <input type="checkbox"/> Présente des risques sur le plan de la sécurité en général <input type="checkbox"/> Récemment immigré <input type="checkbox"/> Abus (par le passé, aujourd'hui) <input type="checkbox"/> Insécurité alimentaire <input type="checkbox"/> Faible revenu personnel <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Aucune connaissance des langues officielles <input type="checkbox"/> Préoccupations concernant le logement <input type="checkbox"/> Autre (tout ce qui est pertinent) : _____ _____

Considérations importantes : <input type="checkbox"/> Hospitalisations fréquentes <input type="checkbox"/> Visites fréquentes à l'urgence <input type="checkbox"/> Rendez-vous souvent manqués <input type="checkbox"/> Utilisation fréquente des services d'intervention en cas de crise <input type="checkbox"/> Rendez-vous fréquents en soins primaires <input type="checkbox"/> État de santé à risque de détérioration imminente <input type="checkbox"/> Autres sujets de préoccupation : _____
--

Indiquez les autres fournisseurs de services connus :
--