



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

RÉFÉRENCE INTERÉTABLISSEMENTS

Formulaires

Document de présentation

**Direction de la programmation et coordination
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre**

Octobre 1998

**Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,
au numéro de téléphone suivant : (514) 286-5604
Prix : 5 \$**

©Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998

ISBN 2-89510-006-3

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1998

REMERCIEMENTS

Voici la liste des personnes qui ont participé aux différentes étapes du projet. Nous souhaitons souligner leur contribution et leur implication exceptionnelles.

Comité d'élaboration

Madame Lise Pouliot (Hôpital Général Juif), madame Sylvie St-Laurent (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal), madame Claire Légaré (CLSC Du Vieux-Lachine), monsieur Pierre Jolin (CLSC Rivière-des-Prairies), madame Louise Bélanger (Régie régionale de Montréal-Centre) et madame Odette Lagacé, chargée du projet, (Régie régionale de Montréal-Centre).

Comité de réadaptation

Monsieur Daniel Héту (Centre hospitalier de réadaptation Lindsay), madame Chantal Besner (Institut de gériatrie de Montréal), monsieur Gilles Bourgault (Centre de réadaptation Lucie-Bruneau), madame Marie Fournier (Hôpital Marie-Enfant), madame Louise Bélanger, chargée du projet (Régie régionale de Montréal-Centre).

Comité de périnatalité

Madame Lise Pouliot (CUSM – Hôpital Général de Montréal), madame Liette Bernier (CLSC Olivier-Guimond), madame Ruth Bresnen (CLSC Lac Saint-Louis), madame Danielle Guay (Direction de la Santé Publique - Régie régionale de Montréal-Centre), madame Monique Lapointe (CLSC Côte-des-Neiges), monsieur Michel Lemieux (CLSC Bordeaux-Cartierville), madame Françoise Mérel (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal), madame Ghislaine Senécal (Régie régionale de Montréal-Centre), madame Barbara Stewart (Direction de la Santé publique – Régie régionale de Montréal-Centre, madame Louise Gagné, chargée du projet (Régie régionale de Montréal-Centre).

Comité de révision

Madame Lise Pouliot (CUSM – Hôpital Général de Montréal), madame Sylvie St-Laurent (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal), madame Claire Légaré (CLSC Du Vieux-Lachine), monsieur Pierre Jolin (CLSC Rivière-des-Prairies), monsieur Daniel Héту (Centre hospitalier de réadaptation Lindsay), madame Chantal Besner (Institut de gériatrie de Montréal), madame Diane Podsiadlo (CUSM - Hôpital Royal Victoria), Docteur Serge Gingras (Régie régionale de Montréal-Centre), madame Louise Bélanger (Régie régionale de Montréal-Centre), madame Louise Gagné (Régie régionale de Montréal-Centre), madame Luce Beauregard, chargée du projet (Régie régionale de Montréal-Centre).

Autres contributions

Madame Jacqueline Fortin, éthicienne au centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), pour sa contribution dans la section concernant l'éthique et la confidentialité.

Madame Sara Saber-Freedman, adjointe au directeur général, services aux communautés linguistiques ethnoculturelles (Régie régionale de Montréal-Centre), pour sa contribution dans la section concernant l'utilisation de la version anglaise du formulaire.

Graphisme et Secrétariat

Madame Lauréanne Collin
Madame Lucie Felton
Madame Ginette Cossette

Révision

Madame Luce Beauregard Champagne

**SIGNIFICATION DES SIGLES EMPLOYÉS POUR IDENTIFIER
LES ÉTABLISSEMENTS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX SPÉCIALISÉS	(CHSGS)
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX SPÉCIALISÉS – PRIVÉS	(CHSGS – PR)
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE	(CHSLD)
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE LONGUE DURÉE - PRIVÉS	(CHSLD - PR)
UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE EN CHSLD	(UCDG EN CHSLD)
UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE EN CHSLD	(URFI EN CHSLD)
CENTRES HOSPITALIERS DE RÉADAPTATION	(CHR)
CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES	(CHSP)
CENTRES DE RÉADAPTATION	(CR)
CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES	(CLSC)
CENTRES DE PROTECTION ENFANCE/JEUNESSE	(CPEJ)

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	
1. Contexte	5
2. Raison d'être et objectifs	5
3. Principes directeurs	6
4. Étapes de développement	6
5. Description du formulaire et clientèles visées	7
6. Consignes et conditions d'utilisation	8
7. Utilisation de la version anglaise	9
8. Confidentialité et éthique	10
CONCLUSION	
ANNEXES	
A -	Listes des établissements de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Centre reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française
B -	Formulaire «Référence interétablissements», page1 et pages 2

INTRODUCTION

Le document «Référence interétablissements» présente le résultat des travaux entrepris depuis deux ans pour doter le réseau de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre d'un formulaire de référence régionale et ce, dans le respect des rôles des partenaires impliqués.

Dans les premières sections de ce document, le formulaire de «Référence interétablissements» est présenté en regard:

- ↳ du contexte dans lequel il a été conçu,
- ↳ de sa raison d'être et de ses objectifs,
- ↳ des principes directeurs qui ont guidé son élaboration et sa révision,
- ↳ des étapes de développement de celui-ci.

Le formulaire de référence et les clientèles visées sont ensuite décrits, accompagnées des consignes et conditions essentielles à son utilisation efficace et harmonieuse.

Finalement, le document tente de répondre aux diverses questions liées à son application au quotidien, incluant les préoccupations soulevées par la confidentialité et les autres questions concernant son opérationnalisation.

1. CONTEXTE

L'actualisation du virage ambulatoire a amené les divers établissements du réseau de la santé et des services sociaux à adopter des modalités d'articulation leur permettant d'assurer la **continuité des services** auprès de la clientèle.

Des mécanismes de liaison efficaces sont apparus essentiels pour permettre :

- ↳ l'accès rapide et efficace à une gamme de services de qualité en quantité suffisante,
- ↳ la continuité d'intervention et des services, au bon moment et au bon endroit,
- ↳ la responsabilité partagée par les établissements impliqués pour établir et assurer les liens fonctionnels,
- ↳ la compréhension commune des rôles et responsabilités de chacun des partenaires du continuum de services.

Le défi de l'accès (plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002) vient renforcer cette nécessaire liaison par l'une de ses orientations, soit l'**approche réseau** qui vise à assurer une meilleure continuité des services à la population et une utilisation optimale de nos ressources. Cette approche réseau nécessite des mécanismes de liaison fonctionnels basés sur des normes et des standards de communication uniformes.

Le développement d'un formulaire de référence régionale s'est donc avéré un moyen à privilégier pour améliorer la communication entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux; la transmission des informations étant essentielle à la poursuite d'une intervention auprès d'un usager.

2. RAISON D'ÊTRE ET OBJECTIFS

La raison d'être du formulaire de «Référence interétablissements» consiste à uniformiser le processus de communication entre les établissements impliqués dans la continuité des soins et des services.

Les objectifs du formulaire de «Référence interétablissements» sont :

- ↳ améliorer la coordination et la collaboration entre les établissements pour assurer une meilleure continuité de soins et de services,
- ↳ unifier, harmoniser et assouplir le processus de transmission de l'information entre les partenaires,
- ↳ faciliter le processus de référence, la planification et la mise en place des services,
- ↳ optimiser l'efficacité et l'efficience du travail des professionnels en évitant la fragmentation et la duplication de l'information relative aux usagers.

La liaison interétablissements se concrétise par une communication uniforme des informations nécessaires au suivi de l'intervention. **Ces informations sont essentiellement une description sommaire des aspects biopsychosociaux concernant l'usager et non une évaluation de ce dernier.** Toutefois, ce portrait doit être assez complet pour permettre de poursuivre l'intervention déjà amorcée.

3. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes qui ont inspiré les travaux d'élaboration et de révision du formulaire de référence sont :

- ↳ l'utilisation d'un langage commun,
- ↳ le choix des données standardisées, pertinentes, complètes et nécessaires à l'ouverture d'un dossier, quel que soit l'établissement,
- ↳ la possibilité d'intégrer l'outil au futur système interactif d'information,
- ↳ la compatibilité de l'ordre des données signalétiques avec le système d'information des CLSC,
- ↳ l'utilisation privilégiée des espaces à cocher pour identifier les problèmes, assurer la clarté, la simplicité et la rapidité dans la transmission de l'information,
- ↳ l'utilisation d'une page unique de base pour une référence simple avec possibilité d'ajout d'une deuxième page pour des situations ou clientèles particulières.

4. ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT

Le développement du formulaire de «Référence interétablissements» est issu de travaux entrepris depuis deux (2) ans par la Régie régionale de Montréal-Centre, en collaboration avec des représentants des divers établissements impliqués.

Les principales étapes de développement du formulaire sont :

- Novembre 1996 :** Élaboration d'un projet du formulaire de référence multIClientèle en support à la mise en place des modalités d'articulation CH-CLSC pour les soins posthospitaliers et du guichet unique, pour les personnes âgées nécessitant des services d'une longue durée.
- Mars 1997 :** Expérimentation restreinte dans quelques établissements et modifications.
- Octobre 1997 :** Expérimentation dans l'ensemble des CHSGS, des CLSC et dans certains CR de la région de Montréal pour toutes les clientèles sauf celles ayant besoin d'une référence postnatale.
- Novembre 1997 :** Élaboration d'un projet de page 2, mieux adapté aux besoins en réadaptation.
- Décembre 1997 :** Consultation de tous les établissements de réadaptation, de tous les CLSC et de certains CHSGS sur ce projet.
- Décembre 1997 :** Élaboration d'un projet de page 2 qui répond aux besoins de la clientèle en périnatalité.
- Mai 1998 :** Consultation de tous les CHSGS, les CLSC, les CHR et CR et les CHSLD ayant des URFI, sur le contenu et les modalités d'utilisation du formulaire de référence en expérimentation depuis octobre 1997 (52 répondants).

Juin 1998 : Révision du formulaire de référence de base et de sa page 2 par un comité de travail élargi à des représentants de la réadaptation, des hôpitaux de jour, de la périnatalité et des médecins traitants.

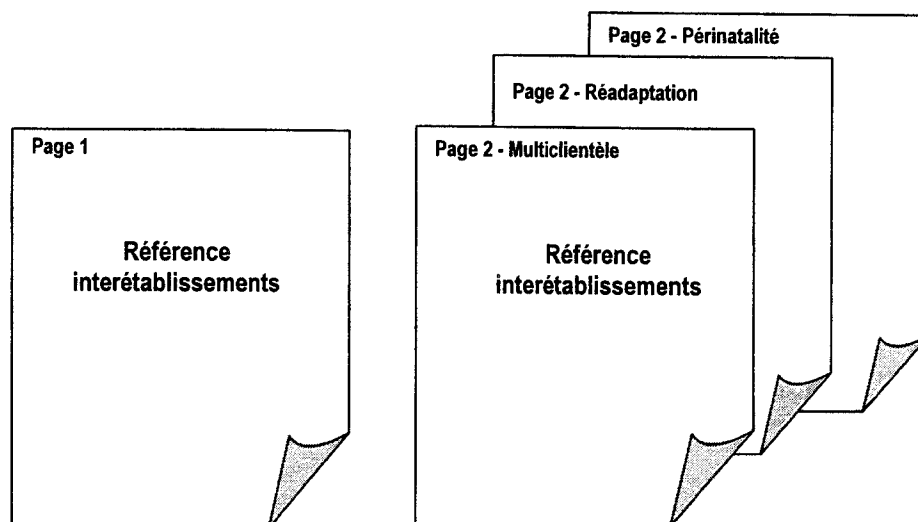
Mandat du comité de révision :

- ↳ effectuer une mise à jour du formulaire de «Référence interétablissement», à la lumière des commentaires reçus,
- ↳ étudier la possibilité d'introduire les projets de réadaptation et de périnatalité au système de référence,
- ↳ élaborer un guide général de présentation à l'intention des utilisateurs.

5. DESCRIPTION DU FORMULAIRE ET CLIENTÈLES VISÉES

Le formulaire de «Référence interétablissements» est composé de **deux pages** :

- ↳ La PAGE 1 pour les informations de base,
- ↳ La PAGE 2 disponible en trois versions: MULTICLIENTÈLE, RÉADAPTATION, PÉRINATALITÉ.



La PAGE 1 comprend des informations générales sur la provenance et la destination de la référence, sur l'usager référé (données nominatives, motif de la demande, etc.), sur les interventions faites et à poursuivre. Elle est obligatoire pour tous les types d'usagers. (Elle peut être utilisée "seule" lorsque la référence est simple, sans particularité, problème ou facteur de risque.)

La PAGE 2, qui est une partie intégrante du formulaire de référence, comprend, entre autres, des informations sur la santé physique, la capacité fonctionnelle, la situation psychosociale, le réseau de soutien et de services et l'environnement physique. Elle doit être complétée pour toute référence où ces

aspects doivent être documentés parce qu'ils peuvent influencer le suivi de l'usager. C'EST LE PROFIL DE L'USAGER OU SA DESTINATION QUI DÉTERMINE LA VERSION À UTILISER.

LA PAGE 2 - Multiclientèle est utilisée pour toutes les clientèles faisant l'objet d'une référence, notamment pour les personnes à risque ou en perte d'autonomie.

LA PAGE 2 - Réadaptation est utilisée lorsqu'on réfère une personne dans un établissement pour de la réadaptation fonctionnelle intensive ou pour toute autre situation clinique appropriée.

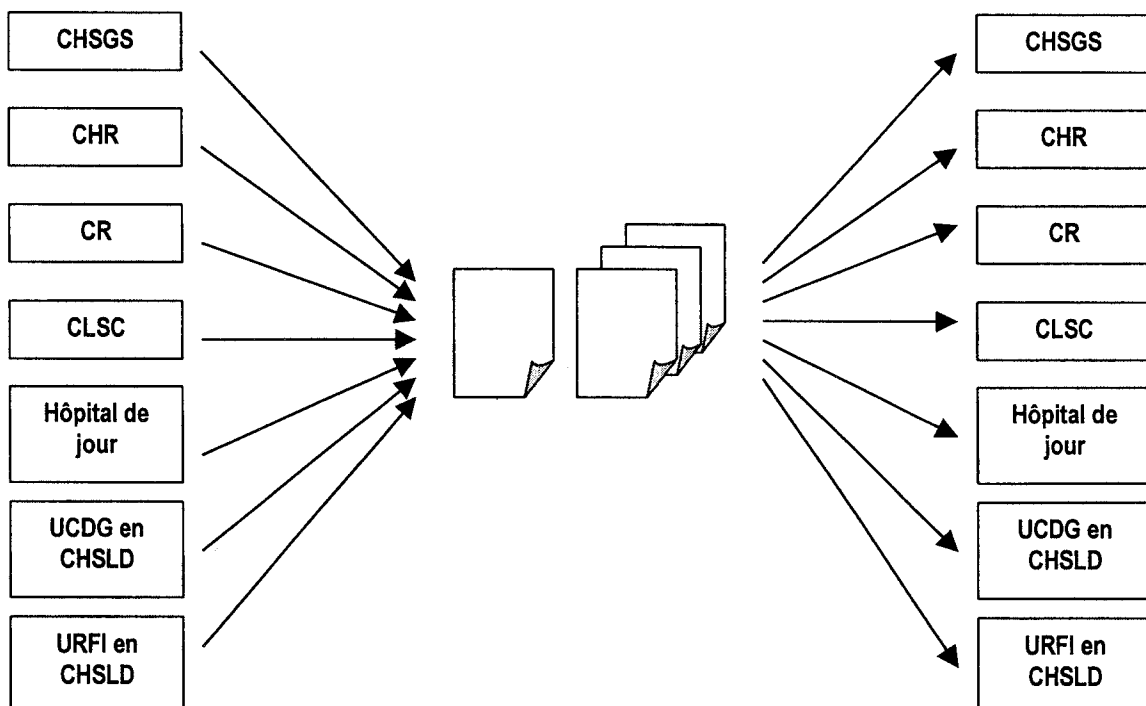
LA PAGE 2 - Périnatalité est utilisée lorsque la référence concerne une femme enceinte ou une mère et un nouveau-né.

Chaque page se présente en deux (2) copies. L'original doit rester au dossier de l'usager et l'autre copie peut être conservée dans le dossier administratif du professionnel, du gestionnaire de cas ou de l'intervenant de liaison.

On trouve des guides d'utilisation au verso des pages 1 et 2, afin de clarifier la nature des données à transmettre lors de la référence. Ces guides doivent être consultés par tous les utilisateurs de part et d'autre du processus de référence, afin d'assurer une compréhension univoque des divers éléments essentiels à la continuité des services.

6. CONSIGNES ET CONDITIONS D'UTILISATION

Le formulaire de référence a été conçu et **doit être obligatoirement utilisé pour toute référence** à un partenaire (CLSC, établissement de réadaptation (CHR, CR), CHSGS, hôpital de jour, URFI et UCDG en CHSLD) et ce, pour toutes les clientèles.



Pour s'assurer d'un traitement efficace et efficient des références, certaines consignes et conditions doivent absolument être respectées :

- ↳ le formulaire de référence doit être complété avec l'aide du guide d'utilisation que l'on retrouve au verso de chaque page,
- ↳ le formulaire de référence entièrement complété doit être envoyé par télécopieur,
- ↳ le contenu du document doit être lisible (calligraphie adéquate, encre noire),
- ↳ l'identification de l'utilisateur avec l'aide d'un adressographe doit être lisible sinon, on doit écrire les informations à la main ou utiliser une étiquette,
- ↳ les télécopies reçues doivent être récupérées et traitées régulièrement afin d'assurer un suivi rapide des demandes,
- ↳ le télécopieur doit être placé dans un endroit dont l'accès est limité aux intervenants concernés afin de préserver la confidentialité des informations,
- ↳ le téléphone doit être utilisé seulement pour des cas urgents ou des situations très particulières selon le jugement du professionnel,
- ↳ les délais d'intervention doivent respecter les normes prévues dans les cadres de référence des modalités d'articulation (CH/CLSC/Médecins traitants, Guichet unique, etc.),
- ↳ on doit joindre ou faire suivre les documents complémentaires pertinents pour le traitement de la demande (évaluation fonctionnelle, programme d'enseignement, plan d'intervention individualisé, etc.).

Dans le cas où des consignes ne sont pas respectées à la satisfaction des établissements impliqués, la personne responsable des situations litigieuses de chaque établissement doit être mise à contribution pour régler le problème.

7. UTILISATION DE LA VERSION ANGLAISE DU FORMULAIRE

L'objectif principal de ce formulaire est de faciliter la communication en uniformisant le format et le contenu des informations transmises lors de la référence d'un client vers un autre établissement. La langue dans laquelle l'information est transmise est donc un moyen important pour assurer l'atteinte de cet objectif.

La langue de communication écrite entre les établissements publics au Québec est régie par la *Charte de la langue française*, article 17 et établit le français comme langue unique pour une telle communication. Nous avons prévu une version anglaise du formulaire à titre de référence et pour utilisation dans certains cas spécifiques seulement.

La version anglaise du formulaire peut être utilisée **uniquement** par des établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française* et **uniquement** pour communiquer avec un autre établissement reconnu. Nous soulignons que les **établissements expéditeurs et les établissements receveurs doivent être reconnus** (article 26).

Vous retrouvez, dans l'annexe A, la liste des établissements qui peuvent, **s'ils le désirent**, utiliser la version anglaise de ce formulaire lorsqu'ils communiquent **entre eux**.

8. CONFIDENTIALITÉ ET ÉTHIQUE

Conformément au guide d'utilisation, l'utilisateur du formulaire doit s'assurer du consentement de l'utilisateur (de la personne significative ou du mandataire) à la référence et à la transmission de l'information à l'établissement d'accueil, selon les règles en vigueur dans son établissement.

La transmission d'informations confidentielles suscite plusieurs questions d'ordre éthique. À cet égard, madame Jacqueline Fortin, éthicienne au centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) propose quelques points de repères permettant de maintenir l'importance de la confidentialité et ce, en tenant compte d'une réalité changeante.

«Il existe un malaise à notre époque, concernant la confidentialité des données fournies par les usagers aux professionnels de la santé. Ce malaise a plusieurs sources, dont principalement le fait que les pratiques professionnelles se sont modifiées et qu'elles impliquent souvent plusieurs intervenants dans un même dossier. Des informations doivent être partagées, et souvent pour le plus grand bien de la clientèle et la sécurité des pratiques professionnelles. Est-ce à dire que nous devons faire fi du secret professionnel, de la confidentialité, et du respect des secrets confiés? Il ne semble pas prudent qu'il en soit ainsi. Nos règles de droit continuent à affirmer l'importance du respect de la vie privée; nos principes moraux accordent une grande importance au respect de la vie intime des personnes, et la nécessité de maintenir les relations de confiance avec la clientèle oblige les intervenants de la santé à lui accorder la place qui lui est due.

Compte tenu, des changements dans les pratiques d'intervention, sans doute devons-nous revoir nos façons d'aborder la question de la confidentialité. Pour ce faire, les points de repère suivants sont proposés:

1. *Le respect de la confidentialité des informations reçues et données, dans le contexte d'une relation professionnel / patient, doit être affirmé.*
2. *Ce principe n'est cependant pas absolu, et est parfois confronté à d'autres principes qui, dans une circonstance particulière, pourront prévaloir.*
3. *Étant donné l'importance de la confidentialité pour les relations professionnels / patients, le professionnel qui juge opportun d'accorder prépondérance à un principe moral autre que celui du respect des confidences, doit fonder rationnellement et moralement son option, et il porte le fardeau de la preuve d'avoir à démontrer la plus grande valeur de cet autre principe dans ce cas particulier.*
4. *Il est important de déterminer la nature des données dites confidentielles et sujettes à protection. De façon générale, elles concernent la condition du malade, son traitement et ses soins, de même que toute autre donnée personnelle considérée par le malade lui-même comme confidentielle.*
5. *Les personnes ayant droit à des informations confidentielles doivent être bien identifiées, et on doit s'assurer qu'elles seules y ont accès.*

6. *Le malade doit être informé de la définition ou de la conception que l'on a de la confidentialité dans le milieu de la santé où il se présente, et de l'importance du partage des informations avec d'autres professionnels, afin qu'il puisse recevoir les soins et traitements appropriés.*
7. *On doit expliquer au malade l'importance de souligner à la personne à qui il se confie, quelles informations il ne désire pas voir transmises à d'autres personnes ou transcrites au dossier. Si de telles informations apparaissent essentielles au traitement et aux soins, il est important de lui dire que ces informations seront nécessairement dévoilées, car sans divulgation, il sera impossible de répondre à ses besoins de santé.*
8. *Les professionnels de la santé ne devraient pas être intimidés devant des demandes d'informations auxquelles certaines personnes n'ont pas droit. Ceci inclut même les professionnels en exercice dans l'établissement ou à l'extérieur, et peut même comprendre des membres de l'équipe multidisciplinaire. »*

CONCLUSION

Des efforts importants sont nécessaires pour supporter la continuité des services auprès de la clientèle. L'utilisation du formulaire « Référence interétablissements » est un moyen privilégié pour s'assurer de la poursuite d'une intervention de qualité auprès d'un usager.

Ainsi, ce formulaire est maintenant obligatoire pour toute référence d'un usager à un partenaire du réseau et ce, pour tous les types de clientèles. De plus, les consignes et conditions d'utilisation doivent être respectées pour maintenir une communication harmonieuse entre les établissements et assurer un traitement confidentiel des informations.

Au besoin, un suivi de l'utilisation de ce formulaire sera effectué au plan régional afin de remédier aux difficultés qui pourraient survenir et de s'assurer de l'atteinte des objectifs visés.

ANNEXE A

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**de la région de Montréal-Centre
reconnus en vertu de l'article 29.1
de la Charte de la langue française**

Établissements de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Centre reconnus en vertu de l'article 29.1 de la *Charte de la langue française*

Nom de l'établissement	Type	Nom de l'établissement	Type
Centre de santé universitaire McGill	CHSGS	CHSLD Bussey	CHSLD (PR)
Centre hospitalier Catherine Booth	CHSGS	CHSLD Bayview	CHSLD (PR)
Centre hospitalier St. Mary	CHSGS	Résidence Griffith McConnell	CHSLD (PR)
Centre hospitalier Richardson	CHSGS	Centre hospitalier Douglas	CHSP
Hôpital de réadaptation Lindsay	CHSGS	CLSC Côte-des-Neiges	CLSC
Hôpital général du Lakeshore	CHSGS	CLSC Lac Saint-Louis	CLSC
Hôpital général Juif - Sir Mortimer B. Davis	CHSGS	CLSC Métro	CLSC
Hôpital Shriners pour enfants	CHSGS (PR)	CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest	CLSC
Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger	CHSLD	CLSC Parc Extension	CLSC
Centre d'accueil des foyers presbytériens St. Andrew	CHSLD	CLSC René-Cassin	CLSC
Centre d'accueil Father Dowd	CHSLD	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw	CPEJ
Centre d'accueil St. Margaret	CHSLD	Centre d'accueil Miriam	CR
Centre hospitalier gériatrique Maimonides	CHSLD	Centre de réadaptation Constance Lethbridge	CR
Centre hospitalier Mont-Sinaï	CHSLD	Les Promotions sociales Taylor Thibodeau	CR
Centre hospitalier Grace Dart	CHSLD	Association montréalaise pour les aveugles	CR (PR)
Le Centre de soins prolongés de Montréal	CHSLD	Centre Mackay	CR (PR)
Centre hospitalier Juif de l'Espérance	CHSLD	Havre-Jeunesse	CR (PR)
Centre d'accueil Juif	CHSLD	Maison Elizabeth	CR (PR)

ANNEXE B

**Formulaire «Référence interétablissements»
Page 1 et Pages 2**

Référence à : _____
 Serv/progr. : _____
 Tél : (____) _____ Téléc: _____

Demandé par : _____
 Serv./progr. : _____
 Tél:(____) _____ Téléc: _____

Intervenant : _____
 Fonction : _____
 Pré-hosp. Date prévue : A ___/M ___/J ___
 Admis /Inscrit le : A ___/M ___/J ___
 Congé prévu le : A ___/M ___/J ___ Heure : _____

Milieu de vie : Maison Logement/app.
 HLM/OSBL Ress.d'hab.privée CHSLD
 RTF/RI Autre : _____
 Habite avec : Parent Enfant Seul
 Couple Autre : _____
 Occupation : Travail Étude À la maison
 Retraité Autre : _____

Usager consent à référence et transmission info.

No. dossier : _____
 Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____
 Autre nom utilisé : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Téléphone () _____
 Né le : A ___/M ___/J ___ Âge : Sexe : M F
 No. ass.-maladie : _____ Date exp.: A ___/M ___
 Nom du père : _____
 Nom de la mère : _____
 Nom. du conjoint: _____
 Langue communication : F A Autre : _____
 Lieu de naissance : _____
 Adresse temporaire : _____
 Code postal : _____ Tél: (____) _____

Personne contact : _____
 Lien : _____ Tél: (____) _____
 Langue communication : F A Autre : _____
 Régime de protection Situation de garde légale (précisez p.2)

Motif de la demande / Ordonnance médicale : _____

Si ord. méd. : Nom du médecin _____ Signature _____ (____) _____ Tél. _____ Date (A/M/J) _____

Diagnostic principal (date) : _____ Médication actuelle : _____

Conditions associées/services reçus (dates) _____

Fourniture méd./équipement remis : (précisez p.2)
 Pharmacie : _____ Tél. : (____) _____ Allergies : _____

Suivi médical : MD de famille _____ Tél.(____) _____ Avisé

Adresse : _____ Suivi : Dom. Bur. CH CLSC
 Nom/spécialité _____ CH/Clinique/adresse _____ Prochain R.V
 _____ A ___/M ___/J ___
 _____ A ___/M ___/J ___

Particularité, problème ou facteur de risque : (cochez et si oui, précisez à la p.2 dans la section appropriée)

Capacité fonctionnelle Oui Non Situation psychosociale Oui Non Environnement Oui Non

P .J. : Protocole de soins Résumé d'hosp./des interv. Plan d'interv. Progr. d'ens. Autre(s) _____

NOM : _____ Signature : _____ A ___/M ___/J _____ Heure : _____

GUIDE D'UTILISATION

Référence à :

Indiquez le nom de l'établissement à qui est adressée la demande.

Demandé par :

Indiquez le nom de l'établissement, le nom et la fonction de l'intervenant à contacter au besoin.

Pré-hosp. :

Remplir lorsque la demande précède l'hospitalisation. Indiquez la date prévue de l'admission.

Admis /Inscrit le

Indiquez le statut de l'usager au congé.

Congé prévu le :

Date et heure où il est prévu que l'usager quittera l'établissement.

Milieu de vie :

Les ressources d'habitation privée incluent appartement, chambre et pension ou pension familiale. .

Consentement :

S'assurer du consentement de l'usager, de la personne significative ou du mandataire selon les règles en vigueur dans l'établissement.

Section supérieure :

Si la carte d'identification de l'usager (adressographe) est utilisée, assurez-vous que les informations sont lisibles.

Sinon, complétez-les à la main ou au moyen d'une étiquette.

Section inférieure :

Inscrire nom et prénom du père, de la mère, du conjoint.

Pour le lieu de naissance, indiquez la ville (le pays si en dehors du Canada).

Complétez les informations qui ne sont pas fournies par la carte d'identification de l'usager.

Indiquez si l'usager demeure temporairement à une autre adresse où les services devront lui être donnés.

Régime de protection / garde légale :

Indiquez, s'il y a lieu, un régime de protection ou une garde légale et donnez des précisions à la page 2 dans la section description du réseau de soutien et de services.

Motif de la demande / Ordonnance médicale :

Indiquez le traitement, les services professionnels et de soutien requis.

Si une surveillance (ex. :T .A ., écoulement de plaie, etc.) est demandée, indiquez l'état de l'usager au moment de la référence.

Nom du médecin / Signature / Tél. / Date :

Doit être complété lorsqu'il y a une ordonnance médicale (médicaments ou soins)

Diagnostic principal :

Raison d'admission ou diagnostic associé à la référence et date où le diagnostic a été posé.

Médication actuelle :

Liste des médicaments prescrits au congé (au besoin utilisez la p.2 dans la section informations complémentaires).

Allergies : Inscrire tout type d'allergie alimentaire ou médicamenteuse.

Conditions associées/services reçus :

Indiquez toute information pertinente : intervention chirurgicale et date, réadaptation, déficience, complication, plaie, diète, etc.

Fournitures médicales / équipement remis :

Indiquez si fournitures médicales sont remises et précisez, s'il y a lieu, la nature de ces fournitures à la p.2 dans la section informations complémentaires.

Pharmacie :

Indiquez le nom de la pharmacie de l'usager, s'il y a lieu.

Suivi médical :

Indiquez par qui et où le suivi médical sera assuré. Indiquez si le médecin a été avisé. Indiquez le(s) nom(s), les coordonnées et la (les) date(s) de (des) rendez-vous avec un (des) spécialiste(s), s'il y a lieu.

Particularité, problèmes ou facteur de risque :

Vous devez indiquer si la personne présente ou non une particularité, un problème ou un facteur de risque dans chacun des volets.

Pièce jointe :

Si les traitements à poursuivre requièrent un protocole de soins, un plan d'intervention, un programme d'enseignement ou tout autre document pertinent, le joindre à la référence ou le faire suivre le plus rapidement possible.

Nom / Signature :

Nom et signature de la personne qui complète la demande.

MULTICLIENTÈLE

No. dossier :

Nom (à la naissance) :

Prénom :

Autre nom utilisé :

Adresse :

Code postal :

Téléphone ()

Né le : A ___/M___/J___ Âge :

Sexe : M F

No. ass.-maladie :

Date exp.: A ___/M___

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLEChangement de niveau fonctionnel de base Oui Non (si oui, précisez)

Incapacités : Mobilité Tâches domestiques Fonctions mentales Motivation
 AVQ Comportement Communication Jugement
 Autocritique Continence Gestion des médicaments

Précisions : _____

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

Appréhension face au retour à domicile Isolement / insécurité Violence
 Soutien naturel peu ou pas existant Aidant tendu/fatigué/épuisé Abus / exploitation
 Faibles conditions socio-économiques Risque de suicide Alcoolisme / toxico.
 Difficultés d'adaptation à sa situation Problèmes de comportement Problématique cult.
 État dépressif Difficultés familiales Deuil / perte

Précisions : _____

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES (famille, voisins, organismes,...)

Régime de protection : _____

Parent ayant la garde légale/protecteur: _____ Tél. (____)

ENVIRONNEMENT PHYSIQUEHabite au ___ étage Ascenseur Escalier int. ext. Nbr de marches : _____ Rampe d'accès Transport assuré par : Usager Famille / Accompagnateur Transport adapté No. dossier : _____

Précisions : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS / ÉQUIPEMENT**PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS (nom et fonction)**

Tél. : (____)

Tél. : (____)

Tél. : (____)

CONTINUITÉ DES SOINSÉtablissement : _____ Guichet unique Oui Non Tél. : (____) poste _____

Gestionnaire de cas / Intervenant : _____ Téléc : (____)

NOM : _____ Signature : _____ A ___/M___/J___ Heure : _____

GUIDE D'UTILISATION

Doit être complété pour toute situation où il y a des particularités, problèmes ou facteurs de risque liés à la situation psychosociale de l'utilisateur, à ses capacités fonctionnelles, à son environnement.

Si la carte d'identification de l'utilisateur (adressographe) est utilisée, assurez-vous que les informations sont lisibles. Sinon, complétez-les à la main ou au moyen d'une étiquette.

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLE

Identifiez si l'utilisateur a, au cours, un changement important de son niveau fonctionnel de base et donnez des précisions, s'il y a lieu.

Cochez le ou les incapacités et donnez des précisions.

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

Cochez le ou les problèmes et donnez des précisions.

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN

Indiquez les ressources sur lesquelles l'utilisateur peut compter : famille, entourage, assurances, organismes communautaires...

RÉGIME DE PROTECTION / GARDE LÉGALE

En ce qui concerne le régime de protection (curatelle, tutelle ou conseil au majeur) et la garde légale, inscrire les informations demandées s'il y a lieu.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Complétez les informations demandées.

Précisez tout problème en lien avec l'environnement physique.

Il est important de préciser le mode de transport si l'utilisateur est en externe.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS / ÉQUIPEMENT

Indiquez toutes autres informations pouvant être utiles au traitement de la demande. (Autres médicaments, fournitures, services,...).

Indiquez si d'autres services sont actuellement en cours, tels radiothérapie, services de maintien à domicile, services communautaires ou si des démarches pour d'autres services ont été entreprises, ex. : services externes de réadaptation.

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS

Si pertinent, indiquez le ou les intervenants impliqués dans le plan d'intervention.

CONTINUITÉ DE SOINS

Indiquez, s'il y a lieu, le nom de l'établissement et de l'intervenant qui doivent être impliqués dans la continuité des soins (ex : le nom du CLSC et du gestionnaire cas qui doit être contacté pour planifier le retour à domicile de l'utilisateur après un séjour en réadaptation).

La clientèle cible du «Guichet Unique» est constituée de personnes âgées dépistées à risque ou en perte d'autonomie et ayant besoin de soins de longue durée dans la communauté ou en institution.

SIGNATURE

Signature de la personne qui complète la demande.

PÉRINATALITÉ

No. dossier :

Nom (à la naissance) :

Prénom :

Autre nom utilisé :

Adresse :

Code postal :

Téléphone ()

Né le : A ___/M___/J___

Âge :

Sexe : M F

No. ass.-maladie :

Date exp.: A___/M___

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLE

PÉRIODE PRÉNATALE

DPA : A___M___J___

G___P___A___ GARE : _____

1^{er} accouchement au Canada : Oui Non Cours prénataux : Oui Non Suivi OLO :

Complication(s) : _____

PÉRIODE POSTNATALE

ENFANT : ① Sexe : F M ② F M

Bilirubinémie : N___ AN___ Précisions : _____

Naissance : Simple Multiple

Âge gestationnel : ___ semaines

APGAR _____

PKU fait :

Poids de naissance : _____ grammes

Poids au départ : _____ grammes

Complication(s) : _____

Type d'alimentation : Sein Biberon Mixte Difficultés : _____

MÈRE : G___ P___ A___

DDA : A___M___J___

Suivi OLO : Type d'accouchement : vaginal césarienne assisté AVAC

Complication(s) : _____

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

 Peu ou pas de connaissance et d'expérience dans les soins aux nourrissons : _____Appréhension face à l'adaptation parentale Immigration récente (réfugié, attente de statut,) Abus/négligence Ressources matérielles manquantes Problèmes d'alimentation, repos, détente Alcoolisme / toxico Faibles conditions socio-économiques Deuil / Perte Tabagisme Barrières linguistiques Isolement / Insécurité Santé mentale Croyances, valeurs importantes à considérer Violence Autre

Nombre d'enfants dans la famille au Québec : _____

Nombre d'enfants dans son pays d'origine : _____

Décès d'enfants dans la famille : Signes de non-attachement : mère-enfant père-enfant entre conjoints

Précisions : _____

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES (famille, voisins, organismes...)

Régime de protection : _____

Parent ayant la garde légale/protecteur : _____

Tél. () _____

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Changements fréquents de lieu de résidence résidence exiguë mal éclairée Insalubre Équipements sanitaires désuets, manquants, non sécuritaires

Précisions : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS

Délai d'intervention suggéré : 24h 48-72h 1 semaine

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS (nom et fonction)

Tél. : () _____

Tél. : () _____

Tél. : () _____

CONTINUITÉ DES SOINS / DÉLAI SUGGÉRÉ

Établissement : _____

Tél. : () _____

poste _____

Gestionnaire de cas / Intervenant : _____

Télec : () _____

NOM : _____

Signature : _____

A___/M___/J___

Heure : _____

GUIDE D'UTILISATION

Doit être complété pour toute situation où il y a des particularités, problèmes ou facteurs de risque liés à la situation psychosociale de la femme enceinte, de la mère, du nouveau-né ou de la famille, à leurs capacités fonctionnelles, à leurs environnements.

Si la carte d'identification de la femme enceinte, de la mère ou du nouveau-né (adressographe) est utilisée, assurez-vous que les informations sont lisibles. Sinon, complétez-les à la main ou au moyen d'une étiquette.

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLE

PÉRIODE PRÉNATALE

Identifiez si la femme enceinte a, au congé, un changement important de son niveau fonctionnel de base et donnez des précisions, s'il y a lieu.

Cochez le ou les incapacités et donnez des précisions.

DPA : Date prévue de l'accouchement.

G : Gravida P : Para A : Aborta

GARE : Grossesse à risque élevé

PÉRIODE POSTNATALE

Identifiez si la mère ou le nouveau-né a, au congé, un changement important de leur niveau fonctionnel de base et donnez des précisions, s'il y a lieu. Cochez le ou les éléments.

ENFANT : Sexe ① et ② en cas de naissance multiple.

Bilirubinémie : N (normale) AN (anormale)

G : Gravida P : Para A : Aborta

DDA : Date d'accouchement

AVAC : Accouchement vaginal après césarienne.

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

Cochez le ou les problèmes et donnez des précisions.

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN

Indiquez les ressources sur lesquelles la femme enceinte, la mère ou la famille peuvent compter : famille, entourage, assurances, organismes communautaires...

RÉGIME DE PROTECTION / GARDE LÉGALE

En ce qui concerne le régime de protection (curatelle, tutelle ou conseil au majeur) et la garde légale, inscrire les informations demandées s'il y a lieu.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Complétez les informations demandées. Précisez tout problème en lien avec l'environnement physique.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS

Indiquez toutes autres informations pouvant être utiles au traitement de la demande. (Autres médicaments, fournitures, services,...).

Indiquez si d'autres services sont actuellement en cours, tels GARE, soins post-césarienne, allaitement maternel, services communautaires ou si des démarches pour d'autres services ont été entreprises, ex. : services externes de réadaptation.

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS

Si pertinent, indiquez le ou les intervenants impliqués dans le plan d'intervention.

CONTINUITÉ DE SOINS / DÉLAI SUGGÉRÉ

Indiquez le nom de l'établissement et de l'intervenant qui doivent être impliqués dans la continuité des soins et services (ex : Le nom du CPEJ et de l'intervenant qui doit être contacté).

Indiquez le délai suggéré.

SIGNATURE

Signature de la personne qui complète la demande.

RÉADAPTATION

No. dossier :

Nom (à la naissance) :

Prénom :

Autre nom utilisé :

Adresse

Code postal :

Téléphone ()

Né le : A ___/M___/J___

Âge :

Sexe : M F

No. ass.-maladie :

Date exp.: A___/M___

CSST SAAQ IVAC Anc. Comb. Ass.privée Chambre privée Semi-privée Salle

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLE

MOBILITÉ: Autonome Fauteuil roulant manuel motorisé Alité Marche avec aide Spécifiez : _____MISE EN CHARGE : Appui total Appui partiel Sans appui Durée de la restriction : _____ Autre : _____ÉLIMINATION : Normale Incont. Urinaire Incont. Fécale Précisez compensation : _____PROBLÈMES DE COMMUNICATION : Non Oui Précisez : _____PROBLÈMES DE FONCTIONS MENTALES / COGNITIVES : Non Oui Précisez : _____SOINS DIVERS : Trait. de plaies Gavage Trachéo Gastrotomie Méd. I / V Diète spéciale Oxygène

(Annexez protocole s'il y a lieu) PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES : _____

Autonomie	antérieure	actuelle
TRANSFERT		
HABILLAGE		
HYGIÈNE		
ALIMENTATION		
AVD		

A : Autonome AP : Aide partielle AT : Aide totale I : Inconnu

PRÉCISIONS SUPPLÉMENTAIRES : _____

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

Soutien naturel peu ou pas existant Aidant naturel tendu, fatigué, épuisé Violence Faible condition socio-économique Risque de suicide Abus / exploitation Isolement /insécurité Deuil / Perte Alcoolisme / toxico. Difficulté d'adaptation à sa situation Problématique culturelle Difficulté familiale Difficulté d'intégration sociale Difficulté d'intégration scolaire Difficulté d'intégration profes. Problème de comportement État dépressif

Précisez : _____

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES (famille, voisins, organismes,...)

Nature du régime de protection : _____ Nom du protecteur : _____ Tél. (____)

Parent ayant la garde légale/protecteur: _____ Tél. (____)

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Habite au _____ étage Ascenseur Escalier int. ext. Nbr de marches : _____ Rampe d'accès Transport assuré par : Usager Famille / Accompagnateur Transport adapté No. dossier : _____

Précisions: _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS / ÉQUIPEMENT

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS (nom et fonction)

_____ Tél. : (____)

_____ Tél. : (____)

_____ Tél. : (____)

CONTINUITÉ DES SOINS

Guichet unique Oui Non

Établissement : _____ Tél. : (____) poste _____

Gestionnaire de cas / Intervenant : _____ Téléc: (____)

NOM : _____ Signature : _____ A ___/M___/J___ Heure : _____

P.J. : Rapport(s) de réadaptation Programme(s) d'exercice(s) AH-101 Résumé de dossier

GUIDE D'UTILISATION

Doit être utilisé pour la clientèle référée en réadaptation (CHR, CR, URFI en CHSLD) ou pour toute autre situation clinique appropriée.

Indiquer si la personne est indemnisée par la commission de la santé et sécurité du travail (CSST), la société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), dans le cadre de la réglementation des victimes d'actes criminels (IVAC), les anciens combattants (Anc. Comb.) ou si elle a des assurances privées (Ass. Priv.).

Si la carte d'identification de l'utilisateur (adressographe) est utilisée, assurez-vous que les informations sont lisibles. Sinon, complétez-les à la main ou au moyen d'une étiquette.

SANTÉ PHYSIQUE / CAPACITÉ FONCTIONNELLE

Compléter les informations demandées et inscrire des précisions supplémentaires, s'il y a lieu.

Si problèmes d'élimination, indiquer le type de compensation et la fréquence, s'il y a lieu (stomie, toucher rectal, sonde,...).

Si traitement de plaies, inscrire le type de pansement, s'il y a lieu.

En ce qui concerne le tableau de l'autonomie, voici comment le compléter :

Autonomie	antérieure	actuelle
Transfert	A	AP

EX :

Les A.V.D. sont : faire son budget, faire ses repas, faire ses emplettes, faire son ménage, etc.

SITUATION PSYCHOSOCIALE / RÉSEAU DE SOUTIEN ET DE SERVICES

Cochez le ou les problèmes et donnez des précisions.

DESCRIPTION DU RÉSEAU DE SOUTIEN

Indiquez les ressources sur lesquelles l'utilisateur peut compter : famille, entourage, assurances, organismes communautaires...

RÉGIME DE PROTECTION / GARDE LÉGALE

En ce qui concerne le régime de protection (curatelle, tutelle, conseil au majeur) et la garde légale, inscrire les informations demandées s'il y a lieu.

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Complétez les informations demandées.

Précisez tout problème en lien avec l'environnement physique.

Il est important de préciser le mode de transport si l'utilisateur est en externe.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES / RÉFÉRENCES EN COURS / ÉQUIPEMENT

Indiquez toutes autres informations pouvant être utiles au traitement de la demande. (Autres médicaments, fournitures, services,...).

Indiquez si d'autres services sont actuellement en cours, tels radiothérapie, services de maintien à domicile, services communautaires ou si des démarches pour d'autres services ont été entreprises, ex. : services externes de réadaptation.

PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS

Si pertinent, indiquez le ou les intervenants impliqués dans le plan d'intervention.

CONTINUITÉ DE SOINS

Indiquez le nom de l'établissement et de l'intervenant qui doivent être impliqués dans la continuité des soins (ex : le nom du CLSC et du gestionnaire cas qui doit être contacté pour planifier le retour à domicile de l'utilisateur après un séjour en réadaptation) .

La clientèle cible du «Guichet Unique» est constituée de personnes âgées dépistées à risque ou en perte d'autonomie et ayant besoin de soins de longue durée dans la communauté ou en institution.

PIÈCE JOINTE :

Si les traitements à poursuivre requièrent un rapport de réadaptation, un programme d'exercices, un résumé de dossier ou tout autre document pertinent, le joindre à la référence ou le faire suivre le plus rapidement possible.

SIGNATURE

Signature de la personne qui complète la demande.



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

3725, RUE SAINT-DENIS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9