



## DEMANDE D'ADMISSION CHSLD Akhiakahratatha'yeh

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
<b>Type de demande :</b> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Réévaluation <input type="checkbox"/>		<b>Date de la demande</b>	
<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>		<b>Sexe</b>	
<b>Adresse postale</b>		<b>Ville</b>	<b>Province</b> <b>Code postal</b>
<b>Téléphone</b>		<b>Cellulaire</b>	<b>Courriel</b>
<b>Numéro Assurance maladie</b>		<b>Date d'expiration</b>	
<b>Cochez le groupe-cible de l'utilisateur</b>		<b>Complétez les informations requises</b>	
Huron-Wendat	<input type="checkbox"/>		
Famille d'un Huron-Wendat	<input type="checkbox"/>	Nom complet du Huron-Wendat : Lien de parenté : Adresse postale du Huron-Wendat :	
Autres Premières Nations et Inuits	<input type="checkbox"/>	Numéro de bande :	
Famille d'une Première Nation ou d'un Inuk	<input type="checkbox"/>	Nom complet de la Première Nation ou de l'Inuk : Lien de parenté : Adresse postale de la Première Nation ou d'un Inuk :	
RÉPONDANT DE L'USAGER			
<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Lien avec l'utilisateur</b>		<b>Téléphone</b>	
EN CAS D'URGENCE, COORDONNÉES D'UN AUTRE RÉPONDANT			
<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Lien avec l'utilisateur</b>		<b>Téléphone</b>	

## ÉTABLISSEMENT REQUÉRANT (SI APPLICABLE)

Établissement

Si autre, précisez

Nom du requérant

Prénom du requérant

Téléphone

Poste

Courriel

### AVIS IMPORTANT

Il est de la responsabilité de l'intervenant au dossier de faire connaître par courriel au responsable de l'admission toute modification sur la situation biopsychosociale de l'utilisateur ainsi que tout changement de localisation ou d'intervention à

[hebergement@wendake.ca](mailto:hebergement@wendake.ca)

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Raison de la demande d'hébergement :

Commentaires :

## PIÈCES JOINTES REQUISES

Les outils de cheminement clinique informatisés (OCCI)

Le profil pharmacologique

La grille GEPC (si trouble de comportement)

L'évaluation médicale (si disponible)

**Travailleur social au dossier :**

Téléphone :

Courriel :

**Médecin au dossier :**

**Pharmacien du dossier :**