



DEMANDE D'ADMISSION CHSLD Akhiakahratatha'yeh

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Type de demande : <input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Réévaluation		Date de la demande		
Nom		Prénom		
Date de naissance		Sexe		
Adresse postale		Ville	Province	Code postal
Téléphone		Cellulaire		Courriel
Numéro d'assurance maladie		Date d'expiration		
Cochez le groupe cible de l'utilisateur		Cochez le groupe cible de l'utilisateur		
Huron-Wendat	<input type="checkbox"/>	Nom complet du Huron-Wendat : Lien de parenté : Adresse postale du Huron-Wendat :		
Famille d'un Huron-Wendat	<input type="checkbox"/>			
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

Nom	Prénom
Lien avec l'utilisateur	Téléphone

EN CAS D'URGENCE, COORDONNÉES D'UN AUTRE RÉPONDANT

Nom	Prénom
Lien avec l'utilisateur	Téléphone

ÉTABLISSEMENT REQUÉRANT

Établissement (si applicable)

Localisation actuelle de l'utilisateur

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Raison de la demande d'hébergement

Commentaires

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Les outils de cheminement clinique informatisés (OCCI)
- Le profil pharmacologique
- La grille GEPC (si trouble de comportement)
- L'évaluation médicale et/ou sommaire
- Fiche de l'utilisateur
- Formulaire d'autorisation de communiquer les renseignements (AH-216)

Travailleur social au dossier :

Téléphone :

Courriel :

Médecin au dossier :

Pharmacien au dossier :