Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

Installation : _____

Nº DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Ne va pas au dossier de l'usager

DEMANDE D'ADMISSION
DE TRANSFERT OU DE RAPATRIEMENT

DEMANDE :	☐ **Admission**	☐ **Transfert**	☐ **Rapatriement**
DATE *(aaaa/mm/jj) :*			
HEURE *(hh :mm) :*			

INFORMATIONS DE L'USAGER *(*ajouter les informations manquantes de l'adressographe, s'il y a lieu)*	
Nom et prénom* :	
Date de naissance* (DDN) *(aaaa/mm/jj)* **:**	
No RAMQ* :	**Exp.** *(aa/mm)* **:**
No de dossier* :	
Diagnostic :	
Médecin référent :	
Provenance :	

PERSONNE-CONTACT	
Nom et prénom :	
Coordonnées :	
Lien *(frère, sœur, proche aidant, autre)* **:**	

AUTRES INFORMATION PERTINENTES :

SIGNATURE	

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais
Québec

Installation : _____

N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

REQUEST FOR ADMISSION
TRANSFER OR REPATRIATION

Do not go to the user's file

REQUEST :	☐ **Admission**	☐ **Transfer**	☐ **Repatriation**
DATE *(yyyy/mm/dd) :*			
HOUR *(hh :mm) :*			
USER INFORMATION *(*add the missing information from the addressograph, if necessary)*			
Last and first name* :			
Date of birth* *(yyyy/mm/dd)* **:**			
No health insurance authority* :		**Exp.** *(aa/mm)* **:**	
File no* :			
Diagnostic :			
Referring doctor :			
Origin :			
CONTACT PERSON			
Last and first name :			
Contact details :			
Family bond *(brother, sister, caregiver, other)* **:**			
OTHER RELEVANT INFORMATION :			

SIGNATURE	