



OT2589

Installation : _____

N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° RAMQ : _____ DATE EXP : ____/____/____

TRANSMISSION D'INFORMATION LORS DE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

Type du milieu de vie : <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> MDAA <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation (CR)			
Numéro de téléphone à composer pour assurer un retour sécuritaire en milieu de vie :			
Nom du responsable :			
SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU MILIEU DE VIE			
Nom complet du professionnel de l'urgence avisé du transfert (<i>si applicable</i>) :			
Raison du transfert à l'urgence/CH et interventions effectuées avant le transfert (<i>précisez</i>) :			
Intervenant pivot du CISSSO (<i>si applicable</i>) :			Tél. :
Transmission documents	<input type="checkbox"/> Liste médicaments <input type="checkbox"/> Notes médicales/infirmières <input type="checkbox"/> Formulaire NIM/DMA <input type="checkbox"/> Copie carte RAMQ <input type="checkbox"/> Autres documents :		
Effets personnels remis au départ de l'utilisateur :	Prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> Sup <input type="checkbox"/> Inf	Appareil auditif : <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :
CONTACT EN CAS D'URGENCE		REPRÉSENTANT LÉGAL	
Nom :		Tutelle : <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée	Tél. :
Lien :		Nom :	Lien :
Représentant ou proche aidant avisé : <input type="checkbox"/> Oui Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ heure (hh :mm) : __:__ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-joint			
Médications régulières reçues			
<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher <input type="checkbox"/> PRN (Nom/heure) : _____ / hh :mm ____ : ____ <input type="checkbox"/> Autogestion des médicaments par l'utilisateur <input type="checkbox"/> Médicaments administrés par le personnel du milieu de vie			
Profil de l'utilisateur avant le transfert			
Risques :	<input type="checkbox"/> Étouffement <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Errance <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Automutilation		
Allergies/diabète :	<input type="checkbox"/> Oui, (<i>précisez</i>) : _____ <input type="checkbox"/> Non		Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autonomie/mobilité :	Mobilité : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide/aide technique : _____ Hygiène : <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide (<i>précisez</i>) : _____		
Intégrité de la peau :	Plaies : <input type="checkbox"/> Oui, site : _____ <input type="checkbox"/> Non		Autre :
Nutrition/hydratation :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler les aliments et/ou les liquides <input type="checkbox"/> Diète/gavage (<i>précisez</i>) : _____ Texture de diète : _____ <input type="checkbox"/> Liquide épais		
Élimination :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Stomie (<i>précisez</i>) : _____ <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Sonde urinaire Si oui (<i>case cochée</i>) inscrire la date du dernier changement (aaaa/mm/jj) : _____		
État de conscience, Comportement et communication :	<input type="checkbox"/> Changement de comportement, (<i>précisez</i>) : _____ <input type="checkbox"/> Trouble cognitif (<i>précisez</i>) : _____ Surveillance : <input type="checkbox"/> Discrète <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Mesure de contrôle : _____		
Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh :mm)	Signature	Nom en caractère d'imprimerie

Adressographe demandé,
nécessite l'ajout au verso pour ce formulaire.

N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° RAMQ : _____ DATE EXP : ____/____/____

SECTION RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER

Informations à communiquer au retour de l'utilisateur dans son milieu de vie

Diagnostic(s) au congé :			
Investigations effectuées (imagerie, laboratoire, etc.) :			
Consultations effectuées : <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Infirmière liaison <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Consultation médicale: <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
Traitements prodigués à l'urgence ou à l'unité hospitalière :			
Nouvelle médication débutée :		Médication cessée ou modifiée :	
Médications régulières reçues : <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> PRN (lequel et l'heure): _____ : _____ :			
Suivis médicaux prévus :	<input type="checkbox"/> Suivi médical :		(aaaa/mm/jj) : (hh:mm) :
	<input type="checkbox"/> Examens médicaux :		(aaaa/mm/jj) : (hh:mm) :
	<input type="checkbox"/> RDV à planifier :		(aaaa/mm/jj) : (hh:mm) :
Documents à transmettre au milieu de vie :	<input type="checkbox"/> Carte de l'hôpital <input type="checkbox"/> Copie du dossier (si en CHSLD) <input type="checkbox"/> Rx médicaments / médicales <input type="checkbox"/> Instructions à suivre pour examen <input type="checkbox"/> Rapport Physio/Ergo <input type="checkbox"/> NIM/DMA : _____ <input type="checkbox"/> Référence SAD <input type="checkbox"/> Télécopier le résumé si intervenant pivot		
	Nom complet de la personne qui reçoit la documentation au congé :		
Effets personnels remis au retour :	Prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> Sup <input type="checkbox"/> Inf	Appareil auditif : <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Carte RAMQ <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Nom complet du médecin responsable au CH/Urgence : Dr			
<input type="checkbox"/> Appel fait pour le transport à (hh:mm) : ____ : ____		Type de transport : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Discuté avec :		Appel fait à la famille : <input type="checkbox"/> Oui, (hh:mm) : ____ : ____ <input type="checkbox"/> Non	
Appel fait au milieu de vie : <input type="checkbox"/> Oui, (hh:mm) : ____ : ____ <input type="checkbox"/> Non		Discuté avec : <input type="checkbox"/> Impossible à joindre	
Discuté avec :		<input type="checkbox"/> Impossible à joindre	
Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh:mm)	Signature	Téléphone et numéro de poste