



DEMANDE D'ADMISSION

CHSLD Akhiakahrata'tha'yeh

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Type de demande : ☐ Nouvelle demande ☐ 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	
Wendat	☐		
Famille d'un Wendat	☐	Nom complet du Wendat : Lien de parenté : Adresse postale du Wendat :	
Autres Premières Nations et Inuits	☐	Numéro de bande :	
Famille d'une Première Nation ou d'un Inuk	☐	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 :