

Inscription ou modification pour la CLIENTÈLE VULNÉRABLE UNIQUEMENT Guichet d'accès à la clientèle orpheline

* Nom et prénom de l'utilisateur *

* Date de naissance (aaaa / mm / jj) *

* NAM *

Adresse

* Téléphone du client *

Ville

Code postal

Renseignements

Nom du dernier médecin de famille : _____ Hospitalisation récente Du : _____ au : _____

Diagnostic principal de cette référence : _____

Suivi en cours par spécialiste ou autre professionnel? Non Oui Suivi est requis à domicile par le médecin? Non Oui
Si oui, précisez Nom et spécialité: _____ Raison : _____

Cocher la ou les cotes de vulnérabilités (diagnostics CONFIRMÉS seulement)

<input type="checkbox"/> 1	Problème de santé mentale Précisez :	<input type="checkbox"/> 7	VIH/SIDA, hépatite C	<input type="checkbox"/> 14	Fibrillation auriculaire (RIN) Suivi par RNI (anticoagulant à vie)
<input type="checkbox"/> 2	Maladie pulmonaire (MPOC) Précisez :	<input type="checkbox"/> 8	Maladie dégénérative du système nerveux central. Précisez :	<input type="checkbox"/> 15	TDAH ≤ 18 ans
<input type="checkbox"/> 3	Maladie cardiaque (MCAS) Précisez :	<input type="checkbox"/> 9	Maladie inflammatoire chronique. Précisez :	<input type="checkbox"/> 16	Déficiência intellectuelle (avec troubles importants d'expression et de compréhension)
<input type="checkbox"/> 4	Cancer - Date du diagnostic : Précisez :	<input type="checkbox"/> 10	Trouble dépressif majeur actif premier épisode. Précisez :	<input type="checkbox"/> 17	Déficiência auditive et/ou déficiência visuelle. Précisez :
<input type="checkbox"/> 5	Diabète excluant le diabète de grossesse Type 1 : <input type="checkbox"/> Type 2 : <input type="checkbox"/> Insulinodépendant : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 11	Trouble dépressif majeur récidivant Précisez :	<input type="checkbox"/> 18	Douleur chronique avec incapacité fonctionnelle ou nécessitant une médication continue
<input type="checkbox"/> 6	Toxicomanie ou alcoolisme ayant donné lieu à une cure depuis les 5 dernières années ou traitement actif à la méthadone	<input type="checkbox"/> 12	Insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatine < 30 ml / min	<input type="checkbox"/> 19	Accident vasculaire cérébral (avec troubles graves de mobilité, comportement, d'expression ou compréhension)
Historique de santé, antécédents médicaux et pronostic :		<input type="checkbox"/> 13	Maladie thromboembolique Suivi par RNI (anticoagulant à vie)	<input type="checkbox"/> 20	Psychotique, bipolaire, autisme Précisez :

*Provenance de la référence (INFORMATION OBLIGATOIRE)

Nom du professionnel : _____ Titre professionnel : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone pour vous rejoindre : _____ Poste : _____

- Aux fins du présent formulaire, l'utilisateur a consenti à ce que les renseignements personnels le concernant soient divulgués au personnel responsable du guichet d'accès à la clientèle orpheline du CISSS de Chaudière-Appalaches.

**SVP, transmettre le formulaire par courriel agente.GACO.cisssca@ssss.gouv.qc.ca
ou par fax : 418-248-5673**

N.B.: Tout formulaire incomplet ne sera pas traité