



\*CA2517\*

**RÉFÉRENCE  
GUICHET D'ACCÈS SOUTIEN À DOMICILE  
SAPA**

*La complétion des sections 1, 2, 3 et 8 est obligatoire au traitement de la demande.  
Les sections 4, 5, 6 et 7 sont à compléter si pertinentes à l'évaluation du besoin, selon la disponibilité des informations.*

|  |                      |      |
|--|----------------------|------|
| No de dossier                                    | Sexe                 |      |
| Nom et prénom                                    |                      |      |
| Date de naissance                                | No assurance maladie | Exp. |
| Adresse  |                      |      |
| Ville  | Code postal          |      |
| Téléphone  | Médecin de famille   |      |
| Adresse temporaire de l'usager (s'il y a lieu) : |                      |      |

La demande concerne une personne en perte d'autonomie :  Oui  Non

Si oui, la perte d'autonomie limite-t-elle la capacité de la personne à se déplacer à l'extérieur de son domicile :  Oui  Non

Si oui, documenter la perte de mobilité à la section 5.

La demande concerne du soutien pour un proche aidant d'une personne en perte d'autonomie :  Oui  Non

**1. CONSENTEMENT**

Est-ce que l'usager/proche a consenti à la référence?  Oui  Non

Si la demande concerne un usager inapte, le représentant a-t-il consenti à la référence?  Oui  Non

Nom du représentant :

Personne à contacter en premier pour la collecte d'informations :

Usager

Représentant (préciser son lien avec l'usager :

Référent

Numéro de téléphone 1 :

Numéro de téléphone 2 (s'il y a lieu) :

**2. INFORMATIONS SUR LA NATURE DU BESOIN PERÇU**

**3. INFORMATIONS PERTINENTES SUR L'ÉTAT DE SANTÉ (diagnostic, antécédents médicaux, conditions associées, allergies)**

Soins palliatifs | Pronostic : < 2 mois  2 à 6 mois  6 à 12 mois  Indéterminé

Allergies :

Pharmacie communautaire :

*Pour les besoins spécifiques en soins infirmiers, merci de compléter le verso.*

**4. DOCUMENTER LES FACTEURS DE RISQUE POUR L'INTÉGRITÉ ET LA SÉCURITÉ DE L'USAGER**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maintien à domicile d'un usager compromis à court terme | <input type="checkbox"/> Maltraitance suspectée                | <input type="checkbox"/> Altérations cognitives                      |
| <input type="checkbox"/> Sortie de centre hospitalier                            | <input type="checkbox"/> Milieu de vie inadapté ou insalubrité | <input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'hygiène (bain/douche) |
| <input type="checkbox"/> Réseau social absent ou inadéquat                       | <input type="checkbox"/> Précarité financière                  | <input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'alimentation          |
| <input type="checkbox"/> Réseau familial non fonctionnel                         | <input type="checkbox"/> Dépendance                            | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire significative       |
| <input type="checkbox"/> Épuisement des aidants                                  | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire                     | <input type="checkbox"/> Lutte active au cancer                      |
| <input type="checkbox"/> Autres indices de vulnérabilité (précisez) :            |  |  |

**5. DOCUMENTER LES PERTES LIÉES À LA MOBILITÉ**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diminution de la force musculaire     | <input type="checkbox"/> Diminution de l'équilibre             | <input type="checkbox"/> Douleur             |
| <input type="checkbox"/> Diminution de la mobilité articulaire | <input type="checkbox"/> Diminution de la tolérance à l'effort | <input type="checkbox"/> Chutes (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Autres :                              |  |  |

Restrictions, contre-indications, précautions :

Mise en charge |  Aucune  Partielle : %  Complète selon la tolérance

Signature obligatoire du référent au point 8 du verso

RÉFÉRENCE – GUICHET D'ACCÈS SOUTIEN À DOMICILE - SAPA

|                 |                    |               |
|-----------------|--------------------|---------------|
| Nom de l'usager | Prénom de l'usager | N° de dossier |
|-----------------|--------------------|---------------|

## 6. BESOINS SPÉCIFIQUES EN SOINS INFIRMIERS

### MÉDICATION

#### Anticoagulant :

INR :  Suivi par :  PAA  Pharmacie communautaire

Durée :  Écart thérapeutique visé :

Injection  SC  IM  IV

Médication :

Fréquence :

Autonome pour ses injections?  Oui  Non

Enseignement à poursuivre :  Oui  Non

### PRÉLÈVEMENT SANGUIN (joindre la requête du laboratoire si remplie)

Analyses demandées :

Délai / date souhaitée (aa-mm-jj) :

Fréquence :

Examen prescrit par :

### PANSEMENT / SOINS DE PLAIES

Site :

Type de pansement :

Fréquence de changement :

Date de retrait des agrafes ou de suture (aa-mm-jj) :

Exsudat : %

Suivi par la Clinique de plaies complexes :  Oui  Non

### DRAIN

Type :

Fréquence du pansement :

Irrigation :  Oui  Non Fréquence :

Substance et quantité :

Aspiration :  Oui  Non

Particularités :

### SONDE VÉSICALE

Type/calibre :

Sonde permanente Fréquence du changement :  Sonde temporaire Date de retrait (aa-mm-jj) :

Irrigation Quantité :  60 ml  100 ml  Autre : \_\_\_\_\_ ml Fréquence :

Avec :  NACL.9  Autre :

### STOMIE

Type :

Dernier changement colllerette/sac (aa-mm-jj) :

Fréquence du changement :  Autonome  Non autonome

Vidange du sac par :  Usager  Autrui :

## 7. AUTRES SOINS / SERVICES / PARTICULARITÉS PERTINENTES

Suivi des signes vitaux

Fréquence :

Suivi de poids

Fréquence :

## 8. IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom et prénom du référent (lisible) :

N° exercice ou de permis (si requis) :

Titre d'emploi :

Coordonnées (établissement, téléphone) :

Je désire :  Recevoir un accusé réception de ma demande  Un suivi de ma demande  Que le médecin traitant ait un suivi de ma demande

Signature :

Date (aa-mm-jj) :

**SVP JOINDRE TOUS LES DOCUMENTS QUI POURRAIENT SOUTENIR L'ANALYSE DE CETTE DEMANDE**

(sommaire d'hospitalisation, rapport d'évaluation par un professionnel, consultation médicale, suivi de plaie, etc.)