



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'utilisateur (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'utilisateur/proche a consenti à la référence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si la demande concerne un usager inapte, le représentant a-t-il consenti à la référence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du représentant :	
Personne à contacter en premier pour la collecte d'informations :	
Usager	Représentant (préciser son lien avec l'utilisateur : <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 6 à 12 mois <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle : % <input type="checkbox"/> Complète selon la tolérance

Signature obligatoire du référent au point 8 du verso

RÉFÉRENCE – GUICHET D'ACCÈS SOUTIEN À DOMICILE - SAPA

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 0.9 ☐ Autre :

STOMIE

Type :

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

Fréquence du changement : ☐ Autonome ☐ Non autonomeVidange 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.)