

Note de service

DESTINATAIRES : Tous les médecins, les professionnels et les gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches

DATE : Le 28 février 2022

OBJET : Déploiement du service 24/7 au CISSS de Chaudière-Appalaches

Afin de répondre à certains besoins cliniques de la population plus vulnérable de Chaudière-Appalaches, il sera possible pour l'ensemble des professionnels travaillant dans le réseau de la santé de référer des usagers au nouveau service 24/7, dès le 1^{er} mars 2022. Ce service permettra à du personnel infirmier de répondre aux besoins de nos usagers, par l'entremise d'une ligne téléphonique dédiée, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il sera complémentaire à Info-Santé 811.

Vous trouverez en pièce jointe le formulaire de référencement, les critères d'admissibilités ainsi que les trajectoires de cette nouvelle offre de service. Ces documents sont disponibles sur l'Intranet dans l'onglet [Directions/Soins infirmiers/Service 24/7](#) et dans l'onglet Service 24/7 dans la section [médecins, partenaires et professionnels du site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches](#).

Ce service étant une nouveauté pour notre organisation, la responsable du projet est disponible pour offrir une séance d'information d'une quinzaine de minutes aux équipes afin qu'elles se familiarisent avec le nouveau service. Les gestionnaires sont invités à communiquer directement avec madame Josée Vachon aux coordonnées figurant au bas de cette note afin de planifier une séance d'information.

p.j. Formulaire de référencement 24/7
Trajectoires et critères de référence

« Signatures autorisées »

Lisa Mathieu,
directrice adjointe
Direction des soins infirmiers
Gestion des opérations en
santé physique
Secteurs Beauce, Thetford et
Etchemins

Hôpital de Saint-Georges
1515, 17^e Rue
Saint-Georges (Québec) G5Y 4T8
418-228-2031
www.cissss-ca.gouv.qc.ca

Marie-Hélène Bélanger,
Coordonnatrice clinico-administrative
Direction des soins infirmiers
Gestion des opérations en santé
physique
Secteurs Beauce, Thetford et
Etchemins

Josée Vachon,
Chef de Service Info-Santé et 24/7
Direction des soins infirmiers
Gestion des opérations en santé physique
Secteurs Beauce, Thetford et Etchemins
(418) 397-4600, poste 38115
josee.vachon.cissssca@ssss.gouv.qc.ca

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCEMENT 24/7

RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Sexe :	
Adresse résidentielle :		# RAMQ :	
Code postal :	Ville :		
# de téléphone () -	Autre # de téléphone () -		
Type d'habitation			
<input type="checkbox"/> Maison unifamiliale		<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> Autre, veuillez spécifier :
<input type="checkbox"/> Vit seul(e)		<input type="checkbox"/> Vit avec :	
<input type="checkbox"/> Reçoit suivi du CLSC	Type de suivi : _____		
Intervenant dans le dossier :			

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS POUR L'ÉQUIPE 24/7 (MOTIFS DE RÉFÉRENCEMENT)
MEMBRE DE LA FAMILLE OU PERSONNE SIGNIFICATIVE À CONTACTER

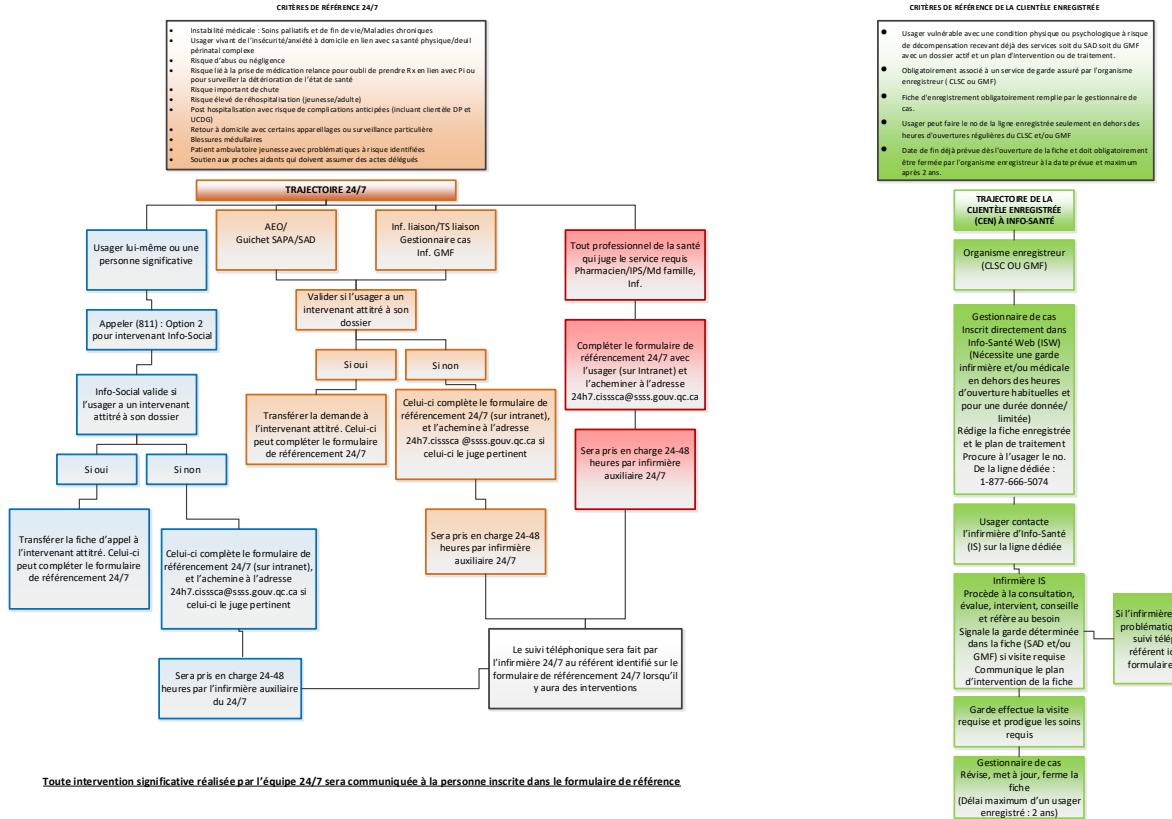
Nom :		Numéro à appeler pour assistance (Respecter l'ordre)		
Prénom :		#1 () -	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Cellulaire
		<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Cellulaire
Lien avec l'usager :		#2 () -	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Maison
		#3 () -	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Travail
MÉDICATION				
Pharmacie communautaire	Nom :		Téléphone : () -	
<p>* Médication particulière : <input type="checkbox"/> Anti-HTA <input type="checkbox"/> Nitro S/L <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiants oraux <input type="checkbox"/> Pompes inhalations <input type="checkbox"/> Épiper <input type="checkbox"/> Glucagon S/C ou intra-nasal <input type="checkbox"/> Narcan <input type="checkbox"/> Autre : _____</p>				
RÉFÉRENT				
Nom et prénom :		Téléphone : () - / () -		
<input type="checkbox"/> Titre d'emploi : _____				
<input type="checkbox"/> Si une intervention est réalisée par l'équipe du 24/7, faire le suivi à :				
Nom : _____				
Titre d'emploi : _____				
Numéro de téléphone : _____				
MÉDECIN DE FAMILLE / SPÉCIALISTE / IPSPL				
Nom et prénom:		Clinique :		
Téléphone : () - / () -				
Patient orphelin :				

N.B. : Une fois le formulaire dûment rempli, l'acheminer par courriel : 24h7.ciessca@ssss.gouv.qc.ca

Signature de l'intervenant :

Date :

OFFRE DE SERVICE 24/7



[Trajectoire régionale 24-7.pdf](#)