

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

**FICHE D'IDENTIFICATION
MÉCANISME D'ACCÈS ADULTE DÉPENDANCE**

ORIENTATION DE L'USAGER					
Usager orienté vers :					
<input type="checkbox"/> Carrefour le Point Tournant	<input type="checkbox"/> Centre sur l'Autre-Rive	<input type="checkbox"/> Maison La Margelle	<input type="checkbox"/> Maison L'Alcôve		
Motif de l'orientation :					
<input type="checkbox"/> Alcool-Drogues	<input type="checkbox"/> Jeu				
IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT					
<i>Demande effectuée par le service externe du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest :</i>					
<input type="checkbox"/> Candiac	<input type="checkbox"/> Granby	<input type="checkbox"/> Longueuil	<input type="checkbox"/> Saint-Hubert	<input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe	
<input type="checkbox"/> Saint-Jean-sur-Richelieu	<input type="checkbox"/> Salaberry-de-Valleyfield	<input type="checkbox"/> Sorel-Tracy			
Nom de l'intervenant du CRD du CISSMO : _____					
Téléphone : _____			Poste : _____		
Inscrire dates des congés de l'intervenant pivot : _____					
Nom de l'intervenant en soutien : _____		Téléphone : _____		Poste : _____	
(si en congé, vacances) :					
Disponibilités de l'intervenant pour discussion de cas					
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
AM					
PM					
Soirée					
IDENTIFICATION DE L'USAGER					
Adresse : _____					
Ville : _____			Code postal : _____		
Numéros de téléphone : _____		_____		()	
	Résidence	Cellulaire	Travail	Poste	
Est-ce que l'utilisateur a un domicile à la fin de son séjour à la ressource d'hébergement en dépendance (RHD)?					
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non*			
* Veuillez noter qu'il s'agit d'un critère d'exclusion pour un séjour à la Maison La Margelle et Maison L'Alcôve.					
URGENCE					
Personne à contacter : _____		_____		Lien avec l'utilisateur : _____	
	Nom	Prénom			
Numéros de téléphone : _____		_____		()	
	Résidence	Cellulaire	Travail	Poste	
Personne à contacter : _____		_____		Lien avec l'utilisateur : _____	
	Nom	Prénom			
Numéros de téléphone : _____		_____		()	
	Résidence	Cellulaire	Travail	Poste	

Nom :

#Dossier :

IDÉES SUICIDAIRES
Présence de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS) au dossier? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cotation de la dernière GEDPAS : _____ Fait en date du : _____ aaaa-mm-jj
JOINDRE LA GEDPAS À LA FICHE D'IDENTIFICATION ET INFORMER LE MÉCANISME D'ACCÈS DE L'ÉVALUATION DE L'USAGER, SI CHANGEMENT.

IDÉES HOMICIDAIRES
Présence du rapport d'estimation et de gestion du risque homicide au dossier? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cotation du dernier rapport : _____ Fait en date du : _____ aaaa-mm-jj
JOINDRE LE RAPPORT D'ESTIMATION ET DE GESTION DU RISQUE HOMICIDAIRE À LA FICHE D'IDENTIFICATION ET INFORMER LE MÉCANISME D'ACCÈS DE L'ÉVALUATION DE L'USAGER, SI CHANGEMENT.

PRESTATAIRE DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE
Est-ce que l'utilisateur est prestataire de la solidarité sociale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
JOINDRE LE FORMULAIRE « INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES PRESTATAIRES DE SOLIDARITÉ SOCIALE ».

CONSOMMATION ACTUELLE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU SÉJOUR EN RHD (à l'usage du service externe)

POUR LES USAGERS ADMIS AU SERVICE RÉSIDENTIEL ET ORIENTÉS VERS UN LIT RÉSEAU
J'ai été informé que la date prévue de fin de séjour au service résidentiel du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest doit être la même que la date d'admission sur un lit réseau. Par conséquent, si mon séjour au service résidentiel du CRD du CISSS de la Montérégie-Ouest n'est pas complété, cela suspend l'orientation vers un lit réseau.
Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj
Témoignage à la signature : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj

AUTORISATION D'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS
Dans l'objectif d'une continuité de soins, j'ai été informé qu'un échange d'information est requis entre le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) et la ressource d'hébergement en dépendance (RHD) afin de procéder à la référence vers la ressource. De plus, j'ai été informé que tout changement à ma situation qui pourrait affecter mon séjour devra aussi être transmis.
Je consens, par la présente, à ce qu'un échange de renseignements me concernant ait lieu (entre les divers services spécialisés) en rapport avec ma demande d'admission, ma démarche en CRD et ma démarche à la ressource d'hébergement en dépendance.
CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR QUATRE-VINGT-DIX (90) JOURS.
Je suis informé(e) que je peux modifier ou annuler en tout temps cette autorisation.
Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj
Témoignage à la signature : _____ Date : _____ aaaa-mm-jj