



ÉQUIPE RESPONSABLE DES SOINS PALLIATIFS
FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION

Nom du client		Date de naissance AAAA/MM/JJ	Numéro d'assurance-santé
Adresse			Téléphone
Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre	Langue	Première nation	Numéro de statut
Personne à contacter en cas d'urgence		Lien	Téléphone
Médecin de famille			

Diagnostic :

Le client connaît-il l'état et le pronostic de sa maladie? Oui Non
Le client a-t-il préparé une directive préalable? Oui Non
Les soins sont donnés : à l'hôpital à la maison en établissement de soins Autre : _____
S'ils sont donnés à l'hôpital, quelle est la date de congé et à quel endroit sera transféré le client : _____

Allergies :

Échelle de performance pour soins palliatifs (si le résultat est connu) : _____%

Joindre la liste des médicaments et les antécédents médicaux pertinents.

Organisme de financement : Assurance privée Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon
 Anciens Combattants Autre: _____

Motif de la consultation (à remplir par la personne ayant fait la recommandation) :

Le client sait-il qu'il a été référé au programme de soins palliatifs et est-il d'accord? Oui Non

Rempli par (en lettres détachées)	Organisme
Date de la recommandation AAAA/MM/JJ	Téléphone/Courriel

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon* ainsi qu'aux autres lois et règlements applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements du ministère de la Santé et des Affaires sociales, visitez le www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.