



Nom :	
Adresse :	Code postal :
Sexe : ☐ M ☐ F ☐ indifférencié ☐ inconnue	Date de naissance :
Numéro de la carte Santé :	Téléphone :
Code de version :	
FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES	
Nom :	Téléphone :
Si le patient est hospitalisé, veuillez indiquer dans quel établissement :	
DIAGNOSTIC PRIMAIRE	
	Diabète : ☐ Oui ☐ Non
EN CAS DE DIAGNOSTIC DE CANCER OU DE MALADIE LIMITANT L'ESPÉRANCE DE VIE	
Métastases : ☐ Oui ☐ Non	Description :
Traitement en cours : ☐ Palliatif ☐ Curatif	Pronostic anticipé : ☐ 0 < 6 mois ☐ 6 - 12 mois ☐ Incertain
AUTRE(S) DIAGNOSTIC(S) PERTINENTS POUR LES SOINS	
Allergies :	
RAISON DE LA DEMANDE	
☐ Demande d'évaluation dans le cadre de la prise en charge du cas	☐ Autre :
Intervention chirurgicale :	Date de l'intervention chirurgicale :
Hôpital :	
Le patient/la famille ont-ils été informés de la demande? ☐ Oui ☐ Non	Télésoins à domicile : ☐ Oui ☐ Non
Pour le problème de santé suivant : ☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique ☐ Insuffisance cardiaque congestive	
ORDONNANCES MÉDICALES	
Les ordonnances médicales doivent être signées par le médecin/le membre du personnel infirmier praticien à l'origine de la demande	
REMARQUE : Il y a des formulaires précis pour • le traitement par perfusion • l'administration d'un narcotique par perfusion	
Le patient sera évalué pour déterminer s'il convient de l'admettre en clinique de soins infirmiers, selon l'endroit où il reçoit le traitement	



IMPRIMER POUR SIGNER ET ENVOYER PAR TÉLÉCOPIEUR

MÉDECIN/PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
No CPSO/OIIO :	
Nom en lettres moulées :	
Signature :	
Date :	
COORDONNÉES DU MÉDECIN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
Téléphone :	
Télécopieur :	
Après les heures normales de bureau :	

