





# Formulaire de Référence

**Le client profite-t-il de l'un des services suivants? Le cas échéant, veuillez le décrire ci-dessous.**

CASCC      Soutien à domicile      SCPGO      Hôpital de jour/Programme      EMEG      Autre

**Si vous avez coché, veuillez décrire ci-dessous :**

**Maladies infectieuses – Cochez tous les cas.**

VIH                      HEP C                      C DIFF                      SDMR                      TB                      ERV

**Conditions médicales / Diagnostic :**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

**Médicaments actuels / Prescrits par :**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

**ANNEXER UNE COPIE DE TOUT RAPPORT DE SORTIE OU D'ÉVALUATIONS REMPLIES**

**Mesures de sécurité – Le client a-t-il un passé de :**

Comportement agressif      Toxicomanie      Punaises de lits      Animaux à la maison      Accumulation

**Consultez le service d'accueil si vous voulez discuter davantage de préoccupations liées à la sécurité.**

**Si vous avez coché, veuillez décrire ci-dessous :**

**Attentes de la part d'SPC / Objectifs de la source de la référence :**