



HSJ-0000



**DOCUMENT DE TRANSFERT EN MILIEU ADULTE  
SOMMAIRE DE SANTÉ DU PATIENT**

Identification du patient	
Identification du patient	Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance: ____/____/____	Langue parlée _____ # dossier HSJ : _____
# RAMQ ou IUC (réfugié)	_____
Coordonnées du patient	Domicile : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____ Adresse : _____
Personne à joindre	<input type="checkbox"/> Patient      Apte à consentir à ses soins : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, pourquoi? _____ <input type="checkbox"/> Parent (spécifiez : _____) <input type="checkbox"/> Tuteur légal (nom : _____) <input type="checkbox"/> Autre (nom : _____)
Assurances médicaments	<input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Assurances privées : _____
Permis de conduire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Contre-indication : _____



HSJ-0000

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

# Dossier : \_\_\_\_\_

### Autres contacts

Contact du parent

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Contact du parent

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Contact du tuteur  
légal ou autre

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Niveau de soins

Non discuté

Discuté

Niveau : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Discuté avec : \_\_\_\_\_

### Vaccination

À jour

À compléter

### Allergies / Intolérances

1. \_\_\_\_\_ réaction : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ réaction : \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ réaction : \_\_\_\_\_



HSJ-0000



**DOCUMENT DE TRANSFERT EN CENTRE ADULTE (SUITE)  
SOMMAIRE DE SANTÉ DU PATIENT**

<b>Diagnostics</b>		
<b>Diagnostic principal :</b> _____	<b>Date :</b> ____ / ____ / ____	
<b>Autres diagnostics</b>	<b>Date du diagnostic</b>	
1.		
2.		
3.		
4.		
<b>Chirurgies antérieures ou à venir</b>	<b>Date</b>	<b>complications</b>
1.		
2.		
3.		
<b>Histoire médicale</b>		



HSJ-0000

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

# Dossier : \_\_\_\_\_

**Histoire familiale , Antécédents familiaux**

Empty space for family history and antecedents.

**Médication**

Médication actuelle	Date de début	Dose et fréquence

**Traitements antérieurs tentés**

Empty space for previous treatments attempted.



HSJ-0000



**DOCUMENT DE TRANSFERT EN CENTRE ADULTE (SUITE)  
SOMMAIRE DE SANTÉ DU PATIENT**

<b>Examen physique</b>	
Examen physique le plus récent (Date : ____ / ____ / ____ )	
Complété par : _____	
Signes vitaux	Fréquence cardiaque :
	Fréquence respiratoire :
	Tension artérielle :
	Saturation :
Poids (kg)	
Taille (cm)	
IMC	
Trouvailles:	
<b>Autres soins</b>	
Soins dentaires	
Soins oculaires	
Soins esthétiques	



HSJ-0000

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

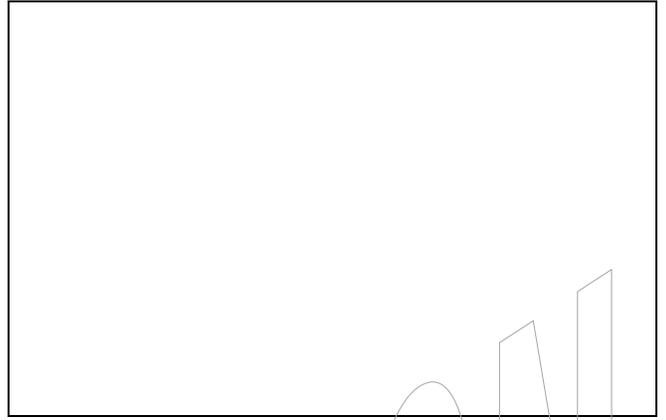
# Dossier : \_\_\_\_\_

### Histoire psychosociale

Lieu de résidence et organisation familiale	
Implication parentale	
Histoire scolaire	
Histoire de consommation	
Histoire sexuelle Contraception, Fertilité	
Alimentation	
Activité physique	
Santé mentale	
Enjeux d'adhérence thérapeutique	
Connaissance et compréhension de la maladie	
Niveau d'autonomie dans les soins de santé	
Ressources communautaires	



HSJ-0000



**DOCUMENT DE TRANSFERT EN CENTRE ADULTE (SUITE)  
SOMMAIRE DE SANTÉ DU PATIENT**

Professionnels impliqués		
Professionnels impliqués	Nom	Coordonnées
Médecin de famille		Tel : Fax : Courriel :
Pédiatre		Tel : Fax : Courriel :
Infirmière pivot		Tel : Fax : Courriel :
Spécialiste		Tel : Fax : Courriel :
Spécialiste		Tel : Fax : Courriel :
Spécialiste		Tel : Fax : Courriel :
Pharmacie		Tel : Fax : Adresse : _____ _____ _____
Autre professionnel Titre :		Tel : Fax : Courriel :
Autre professionnel Titre :		Tel : Fax : Courriel :



HSJ-0000

Nom, prénom: \_\_\_\_\_

# Dossier: \_\_\_\_\_

**Enjeux actifs et surveillance/prise en charge recommandée**

**Références en milieu adulte**

Nom du médecin	Spécialité	Coordonnées	Date du rendez-vous

Documents joints à la lettre de transfert :

- Imagerie médicale
- Pathologie
- Rapports opératoires
- Protocoles/FOPR
- Prises de sang et tests de laboratoires récents pertinents
- Résumés pertinents

Signature : \_\_\_\_\_

Date :

**Préparation du document**

Médecin traitant		Date:
Infirmière pivot		Date: