



ÉQUIPE RÉGIONALE DE FORMATION SUR LES MALADIES CHRONIQUES et DEMANDE D'ACCÈS À UN/UNE DIÉTÉTISTE

- Afin de nous permettre de vous fournir les meilleurs soins possible en temps opportun, veuillez remplir ce formulaire en fournissant tous les détails nécessaires.
- Choisissez la communauté/l'emplacement des services dans la liste déroulante (utilisateurs d'Accuro) et/ou consultez [Sites d'Accueil –Maladies chroniques](http://www.southernhealth.ca) au www.southernhealth.ca

Renseignements sur le client : Homme [] Femme []

Nom : _____

Tél. : (D) _____ (T) _____

Cellulaire : _____

Adresse postale : _____

D.D.N. (m/j/a) : _____

N° CSSM : _____

NIMP : _____

Poids : _____ Taille : _____

Nom du tuteur/de l'aidant : _____

_____ Tél. : _____

Source du renvoi :

Date du renvoi : _____

Nom : _____

Lien avec le client : _____

Fournisseur de soins primaires : _____

Clinique : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Fax : _____

RAISON DU RENVOI : _____

***Joindre les antécédents médicaux et résultats de laboratoire pertinents.**

*** Remplir le tableau ci-dessous si un traitement d'insuline doit être entrepris ou ajusté (signature requise ci-dessous pour procéder).**

Nom de l'insuline	Voie d'administration	Dose	Heure	Fréquence	Ajustement par un éducateur agréé en diabète (Oui ou Non)

Signature du prescripteur : _____

Date : _____

MÉDICAMENTS ET DOSES : (énumérer ci-dessous ou joindre une liste) _____

Considérations spéciales :

[] Trouble visuel [] Trouble auditif [] Langue _____ Services de traduction requis [] Oui [] Non

[] Contraintes physiques ou cognitives : _____

[] Autre : _____

Signature de la personne demandant le renvoi : _____

Date : _____

Réservé à l'usage du bureau régional de formation sur les maladies chroniques ou du/de la diététiste communautaire :

Date de réception du renvoi : _____ Date du rendez-vous : _____