**[A blue background with white text

Description automatically generated](https://fr.smartsheet.com/try-it?trp=17954&utm_language=FR&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Social+Service+Referral+Form-word-17954-fr&lpa=ic+Social+Service+Referral+Form+word+17954+fr)**

**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION DE SERVICES SOCIAUX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGENCE RÉFÉRENTE** | | | | | | | |
| **AGENCE** |  | | | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  | | |
| **LIEU** |  | | | **ADRESSE  E-MAIL** |  | | |
| **FORMULAIRE REMPLI PAR** | |  | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  | | **DATE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORGANISME RÉCEPTEUR** | | | |
| **AGENCE** |  | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  |
| **LIEU** |  | **ADRESSE  E-MAIL** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE CLIENT** | | | | |
| **NOM DE FAMILLE** |  | **PRÉNOM ET DEUXIÈME PRÉNOM** |  | |
| **DATE DE NAISSANCE** |  | **FEMME/HOMME** |  | |
| **INTERPRÈTE REQUIS ?** |  | **LANGUE REQUISE** |  | |
| **NOM DU TUTEUR** |  | **RELATION DE TUTELLE** |  | |
| **ADRESSE DU PATIENT** |  | **TÉLÉPHONE PORTABLE** |  | |
|  | **TÉLÉPHONE FIXE** |  | |
|  | **TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL** |  | |
|  | **ADRESSE E-MAIL** |  | |
| **DIAGNOSTIC DE RÉFÉRENCE** |  | | **ICD-9** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVICE DEMANDÉ** | | | |
| **RAISON DE LA RECOMMANDATION** |  | | |
| **LE PATIENT EST-IL INFORMÉ DE LA RAISON DE LA RECOMMANDATION ?  SI CE N’EST PAS LE CAS, VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI.** | | |  |
| **SERVICE/SPÉCIALITÉ DEMANDÉS** | |  | |
| **AUTRES COMMENTAIRES** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D’INFORMATIONS** Lisez-le avec le client ou le soignant et répondez à ses questions avant  de le signer. | | | | | |
| La signature ci-dessous atteste que le client comprend que l’objectif de l’orientation et de la divulgation d’informations à l’agence mentionnée ci-dessus est d’assurer la sécurité et la continuité des soins parmi les prestataires de services cherchant à servir le client. L’agence de référence a clairement expliqué la procédure de recommandation au client et a énuméré les informations exactes qui doivent être divulguées. En signant ce formulaire, le client autorise cet échange d’informations. | | | | | |
| **SIGNATURE DU CLIENT** |  | **SIGNATURE DU SOIGNANT** |  | **DATE** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÉTAILS DE LA RECOMMANDATION** | | | | | | | | | |
| **DES CONTACTS OU D’AUTRES RESTRICTIONS ?** |  | | **OUI** |  | **NON** | **SI OUI, EXPLIQUEZ POURQUOI** |  | | |
| **MODE DE PRODUCTION DES RECOMMANDATIONS** |  | **DATE** | |  | | **MÉTHODE DE SUIVI SOUHAITÉE** |  | **PAR DATE** |  |

|  |
| --- |
| **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**  Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n’offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l’exhaustivité, l’exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques. |