

Faxez ce formulaire dûment rempli par télécopieur au 867-667-9332

Nom du client		Date de naissance AAAA/MM/JJ	Numéro d'assurance-santé	
Adresse			Téléphone	
Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> X	Langue	Première nation	Numéro de statut	
Personne à contacter en cas d'urgence		Lien	Téléphone	
Médecin de famille				
Diagnostic :				
Le client connaît-il l'état et le pronostic de sa maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Le client a-t-il rédigé une directive préalable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Les soins sont donnés : <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> En établissement de soins <input type="checkbox"/> Autre : _____				
S'ils sont donnés à l'hôpital, quelle est la date de congé et à quel endroit sera transféré le client : _____				
Allergies :				
Échelle de performance pour soins palliatifs (si le résultat est connu) : _____%				
Joindre la liste des médicaments et les antécédents médicaux pertinents.				
Organisme de financement : <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon <input type="checkbox"/> Anciens Combattants <input type="checkbox"/> Autre : _____				
Motif de la consultation (à remplir par la personne ayant fait la recommandation) :				
Le client sait-il qu'il a été référé au programme de soins palliatifs et est-il d'accord? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Rempli par (en lettres détachées)		Organisme		
Date de la recommandation AAAA/MM/JJ	Téléphone/Courriel			

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon* ainsi qu'aux autres lois et règlements applicables. Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.