

Direction de la qualité, de l’évaluation, de la performance et de l’éthique (DQEPE)

DEMANDE DE RÉFÉRENCES

(MÉDECIN)

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT** | |
| **Nom, prénom du patient** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Adresse** |  |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE MÉDICALE ET EXAMEN PHYSIQUE** |
| **Depuis quand connaissez-vous ce (cette) patient(e) :** |
| **Date du dernier examen physique :** |

|  |
| --- |
| **Veuillez noter tous les diagnostics, maladies, interventions chirurgicales, pronostics, etc. (passé et présent)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Cette personne souffre-t-elle de maladie(s) grave(s). Si oui, de quel genre et depuis combien de temps ?** |
|  |

|  |
| --- |
| Cett**e personne fait-elle usage de médicaments ? Si oui, lesquels ? (posologie et motifs)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Y a-t-il indice de trouble affectif, de maladie mentale, de narcomanie, d’alcoolisme ou autre ? Précisez** |
|  |

|  |
| --- |
| **À votre connaissance, y a-t-il au dossier médical du patient des limites, des maladies, des diagnostics, des complications médicales, des résultats d’investigation ou des pronostics, qui impliquent que celui-ci n’a pas la capacité d’assumer la responsabilité parentale d’un enfant en difficulté dans le cadre d’un projet de famille d’accueil ?**  Oui  Non |
| **Si oui, précisez :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU MÉDECIN** | |
| Nom, prénom : | No de permis : |
| Adresse : | |
| Téléphone : | |

|  |
| --- |
| Signature |
|  |
|  |
| Date |
|  |