

ANNEXE 1 PROFIL GÉNÉRAL DU RÉSIDENT

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT

Date d'accueil du résident dans la résidence : _____ / _____ / _____ N° de chambre ou de logement : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse de la résidence : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____

Nom du père : _____ Nom de fille de la mère : _____

Nom du (de la) conjoint (e) : _____

Prénom : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____ / _____ / _____

Nom de l'hôpital : _____ N° de carte d'hôpital : _____

INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

Nom de la pharmacie du résident : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

Le résident est inscrit aux services de soutien à domicile du CSSS oui non

Nom : _____

Prénom : _____ de la personne responsable de son suivi au CSSS

Téléphone : (_____) _____ - _____

ALLERGIES

Alimentaires : _____ Autres : _____

Aux médicaments : _____ Aucune allergie connue

MODE DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Autoadministration Administration Distribution