

Formulaire de demande de partenaire de soins essentiels



Date d'aujourd'hui :

Nom du patient :

Unité où se trouve le patient :

Date d'admission du patient :

Nom du partenaire de soins essentiels :

Lien avec le patient :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :



Partenaire de soins essentiels

Le patient répond-t-il à la définition de vulnérable donnée ci-après?

Personne qui est ou qui pourrait être, pour une raison quelconque, incapable de se protéger et de prendre soin d'elle-même contre toute forme majeure de danger ou d'exploitation (p.ex. patient de moins de 18 ans, ayant des troubles cognitifs, ayant une importante déficience intellectuelle ou du développement ou les deux, personnes âgées fragiles, personne ayant des préoccupations relatives à la mobilité ou incapable de communiquer efficacement).

Oui Non

Soins et soutien dont le patient a besoin : (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.)

- Soins personnels
- Mobilité
- Alimentation/heure du repas
- Communication – troubles auditifs, visuels, de la parole
- Trouble cognitif, intellectuel ou de la mémoire
- Aide à la prise de décision
- Autre (veuillez préciser)

Veuillez faire parvenir le formulaire rempli à patientrelations@gbgh.on.ca