



63, rue Carrie, Thunder Bay (Ontario) P7A 4J2 • Téléphone : 807 626-5570 • Télécopieur : 807 626-5574
Joan Williams : joan@hospicenorthwest.ca • Terri Kannegiesser : terri@hospicenorthwest.ca • Site Web : www.hospicenorthwest.ca

DEMANDE DE SERVICES DE SOINS PALLIATIFS DE HOSPICE NORTHWEST

Il faut que le client ou que son procureur donne son consentement avant de présenter une demande de services à Hospice Northwest.

Consentement donné par le client Consentement donné par un proche ou un procureur

NOM DU CLIENT/DE LA CLIENTE : _____

LE CLIENT VIT : à la maison (préciser l'adresse) _____

à l'hôpital (identifier, préciser n° de chambre) _____

en établissement de soins de longue durée (identifier, préciser unité/chambre) _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CLIENT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

DIAGNOSTIC/AVERTISSEMENTS D'ORDRE MÉDICAL : _____

PRONOSTIC : _____

LE CLIENT CONNAÎT-IL LE DIAGNOSTIC/PRONOSTIC : OUI _____ NON _____

AMBULATOIRE : OUI _____ NON _____

ÉCHELLE DE PERFORMANCE POUR SOINS PALLIATIFS (le cas échéant) : _____

ANTÉCÉDENTS : (travail, passe-temps, etc.) _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE : _____

LA RELIGION JOUE-T-ELLE UN RÔLE IMPORTANT DANS LA VIE DU CLIENT? OUI ___ NON ___

Si oui, indiquer la préférence religieuse : _____

SI L'ANGLAIS N'EST PAS LA LANGUE MATERNELLE, INDIQUER LA LANGUE PRÉFÉRÉE :

TYPE DE BÉNÉVOLE DEMANDÉ : HOMME _____ FEMME _____

MEILLEUR MOMENT DE VISITE : LE JOUR _____ LE SOIR _____

NOM DU PRINCIPAL AIDANT (OU PROCUREUR) : _____

ADRESSE ET N° DE TÉL. DE L'AIDANT : _____

DATE DE LA DEMANDE : _____

NOM DE LA PERSONNE FAISANT LA DEMANDE : _____ **N° DE TÉL. :** _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS : _____