

Pour plus d'information, consultez *Le Point*, vol. 9, no 2, juin 2010 et *Le Point*, vol. 10, no 3, octobre 2011.

Renseignements généraux			
Personne concernée			
Nom		N° de dossier au Curateur public	
Prénom		Date de naissance aaaa-mm-jj	
Demandeur			
Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Nom de l'établissement			
Adresse n°, rue, ville			Code postal
Hébergement proposé			
Type d'hébergement <input type="checkbox"/> À déterminer (Informez le Curateur public lorsque l'hébergement sera déterminé.)			
Nom de l'établissement gestionnaire (s'il y a lieu)			
Nom du lieu d'hébergement (si connu)		Téléphone	Coût
Adresse n°, rue, ville			Code postal
Date à laquelle l'hébergement sera effectif aaaa-mm-jj <input type="checkbox"/> À déterminer			

1. Demande de consentement à un hébergement
Aptitude de la personne concernée à consentir à l'hébergement faisant l'objet de cette demande
La personne : <input type="checkbox"/> est jugée apte à consentir. (Passez à la section 2.) <input type="checkbox"/> est jugée inapte à consentir.
Échange d'information avec la personne jugée inapte à consentir
La personne : <input type="checkbox"/> a été informée dans le respect de ses capacités de communication; elle : <input type="checkbox"/> a exprimé son accord. <input type="checkbox"/> a manifesté son indifférence. <input type="checkbox"/> a exprimé son désaccord. <input type="checkbox"/> n'a pas été informée. Raison : _____



Échange d'information avec un proche

Un proche a été informé.

Nom du proche

Prénom

Lien

Conjoint ou conjointe Fille ou fils Père ou mère Frère ou soeur

Autre : _____

Résultat de l'échange incluant les volontés de la personne représentée manifestées antérieurement si elles sont connues

Aucun proche de la personne n'est connu. Aucun proche ne peut être rejoint.

Raison de la demande (Définissez ce qui motive la demande de changement d'hébergement.)

État de santé OU outil d'évaluation multiclientèle ou autres documents pertinents annexés

Autonomie aux AVQ OU outil d'évaluation multiclientèle ou autres documents pertinents annexés

Description de l'hébergement (Mettez en évidence les services offerts en fonction des besoins de la personne.)

Médecin ou professionnel décidant de l'hébergement

Nom

Prénom

2. Demande de consentement à la communication de renseignements reliés à un hébergement

Liste des documents à transmettre au destinataire (Joignez les documents.)

Justification de la demande

Destinataire des renseignements visés (CSSS, CRDI, ASSS ou comité PECA, comité d'admission, etc.)

Nom

Adresse

n^o, rue, ville

Code postal

Téléphone

Poste

Télécopieur