

SYSTEME RÉGIONAL D'ADMISSION
RELOCALISATION SUITE A UN SINISTRE

**FORMULAIRE D'AIDE À LA GESTION LORS DE
 RELOCALISATION PERMANENTE**

ÉTAB. SINISTRÉ: _____ ADRESSE: _____ NO. TÉL.: _____
 PERS. CONTACT: _____ NO. TÉL.: _____ NO TÉLÉCOPIEUR: _____
 LIEU DE RELOCALISATION TEMPORAIRE: _____ NO. TÉL. : _____

L'établissement sinistré complète les colonnes 1 à 7 inclusivement. La Régie régionale complète les colonnes 8, 9, 10.

							Espace réservé à la RRSSS			
1	2	3	4	5	6		7	8	9	10
NOM DE L'USAGER/USAGERE *	Age	DIAGNOSTICS PRINCIPAUX	Confus/e O/N	Agité/e O/N	Circule O/N	Circule avec aide	BESOINS PARTICULIERS (Oxygène, colostomie, autres) Donner brève description	Unité de soins R=régulier P=prothétique**	Destination Établissement receveur	No. de véhicule ambulancier
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
COMMENTAIRES ÉTABLISSEMENT:							COMMENTAIRES RRSSSM:			

* Indiquer si conjoint ou fratrie dans le même groupe de relocalisés
 ** Portes verrouillées, fûques prévenues

Formula.doc