

Formulaire d'aiguillage prénatal aux services de la Santé publique

Nom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____ Autre n° _____

Date de naissance _____ Âge _____

Numéro d'assurance-maladie

OU

Si un adressographe / autocollant est utilisé, s'assurer que l'adresse de la cliente est incluse.

Date d'accouchement prévue _____ / _____ / _____
G ____ P ____ A ____
année mois jour

École _____

G ____ P ____ A ____

Langue de service préférée A ____ F ____

Médecin de famille / infirmière praticienne _____ Spécialiste _____

Autres agences ou services impliqués / aiguillages à d'autres services _____

Le manuel *Grossesse en santé - Bébé en santé : Une nouvelle vie*, a été remis à la cliente.

Motif(s) de l'aiguillage. Cocher toutes les réponses pertinentes. Il faut aiguiller la cliente quelles que soient les réponses cochées ci dessous. Ces renseignements aideront l'infirmière ou la diététiste en santé publique à déterminer son admissibilité aux suppléments nutritionnels ou à des visites à domicile. Une fois le formulaire reçu, le personnel de la Santé publique communiquera avec la cliente pour évaluer son admissibilité aux services. Advenant la non-éligibilité, votre cliente pourrait être orientée vers d'autres services prénataux communautaires.

Cocher le ou les motifs de l'aiguillage

Commentaires (le cas échéant)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Première grossesse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Âge ≤ 19 ans | _____ |
| <input type="checkbox"/> Niveau d'éducation | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabagisme | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ressources financières insuffisantes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'aide sociale | _____ |
| <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool ou de drogue | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre raison (préciser) | _____ |

Cliente informée de l'aiguillage Oui Non

Renvoyer le formulaire au bureau local de la santé publique

Nom _____

Date _____

Signature _____

Téléphone _____

Organisme : Hôpital / clinique Médecin / infirmière praticienne Autre (préciser) _____