

# Soins communautaires supervisés - Modifications au plan de soins Professionnels de la santé - *Loi sur la santé mentale, Partie II.I*



Nom : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ DN(MM/JJ/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Professionnels faisant partie de l'équipe du plan de soins

Les membres de l'équipe indiqués ci-dessous font partie du plan de soins de la personne :

Nom et Poste	Coordonnées de la personne-ressource	Obligations	Signature

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne assujettie au plan ou son mandataire, le cas échéant)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature du psychiatre traitant)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Numéro de téléphone)