

Gestionnaire de soins cliniques (GSC)

Gestionnaire de soins cliniques	Nº de tél. du GSC	Rapport mensuel (aaaa-mm)
Région		District
CS	GESC	SRSM
Médecin de famille du client		Nº de tél.
Psychiatre du client		Nº de tél.
Psychologue/travailleur social du client		Nº de tél.

Renseignements confidentiels concernant le client(e)

Nom de famille	Prénom(s)	K #
Adresse		Nº de tél.
		Code postal
		Ville

Renseignements sur les aspects biopsychosociaux

Sommaire de la capacité fonctionnelle du client au quotidien, p.ex. manger, dormir, faire de l'exercice, humeur :

Sommaire des forces du client et des sources possibles de soutien :

Liste des aiguillages vers des ressources communautaires :

Liste des objectifs pertinents du plan d'intervention et des progrès réalisés en la matière, dont la capacité du client à atteindre les objectifs fixés :

Entraves nuisant à l'atteinte des objectifs et à l'administration du plan d'intervention :

Consultation requise avec le SRSM/CS/autre :

État

Nº d'événements autorisées	Total du nº d'événements utilisées à ce jour	Nº d'événements non utilisées	Prolongation demandée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, quels objectifs demandent une attention particulière et comment une prolongation favorisera-t-elle l'atteinte des objectifs prévus?					

Estampille du fournisseur

Signature du fournisseur	Date
Nº de fournisseur de la Croix Bleue	Date d'achèvement prévue