

Gestionnaire de soins cliniques (GSC)

Gestionnaire de soins cliniques	N° de tél. du GSC	Rapport mensuel (aaaa-mm)
Région	District	
CS	GESC	SRSM
Médecin de famille du client		N° de tél.
Psychiatre du client		N° de tél.
Psychologue/travailleur social du client		N° de tél.

Renseignements confidentiels concernant le client(e)		
Nom de famille	Prénom(s)	K #
Adresse		N° 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			
N° d'événements autorisés	Total du n° d'événements utilisées à ce jour	N° 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?			

Signature du fournisseur	Date
N° de fournisseur de la Croix Bleue	Date d'achèvement prévue

Estampille du fournisseur