

**ACCORD DU PATIENT AU TRANSFERT DANS UN
CENTRE D'HÉBERGEMENT DU DHS POUR LES
CENTRES D'HÉBERGEMENT DU DHS POUR
ADULTES CÉLIBATAIRES ET LES STRUCTURES
STREET SOLUTIONS**

Nouvelles orientations UNIQUEMENT

**Nom de l'établissement
de soins :** _____

**Nom du patient/de
la patiente :** _____

**Nom de l'assistant(e) social(e)
responsable du dossier :** _____

Je soussigné(e), _____ accepte d'être
(nom du patient/de la patiente)

transféré(e) dans un centre d'hébergement du DHS
ou Safe Haven. Il m'a été expliqué qu'il n'existe aucune autre possibilité pour le moment, ou
j'ai refusé, le cas échéant, les placements suivants :

Je comprends que la plupart des centres d'hébergement et Safe Haven ne disposent pas de
soins médicaux sur place ni d'infirmières disponibles 24 heures sur 24. Je comprends que je
devrais être autonome dans toutes mes activités quotidiennes.

Je comprends également que je peux avoir accès au système des centres d'hébergement du
DHS sans devoir communiquer mes dossiers médicaux. J'ai le droit d'obtenir un exemplaire
signé du présent formulaire.

Signature du représentant de l'hôpital

Date

Signature du patient/de la patiente

Date