|  |  |
| --- | --- |
| SECTION 1 | **À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR** |
| Nom du demandeur : |
| **Détacher la section 1 le jour de la rencontre avec le mentor. Les sections 2 et 3 sont destinées à la CSI\*** |
| SECTION 2 | **À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR** |
| CHSLD : | Unité de soins : | Quart de travail : |
| Date de la demande : |
| Description de la situation :-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
| Vos disponibilités (jours, heures) : |
| Moyen(s) de communication souhaité(s)   Courriel :   Cellulaire : |
| SECTION 3 | **À REMPLIR PAR LE MENTOR**  |
| Nom du mentor :  |
| Date de la rencontre : |
| Stratégie/Aide proposée :------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ |
| Durée de la rencontre : | Date estimée pour la rencontre de bilan des interventions : |
| **À remplir s’il s’agit d’une rencontre de suivi : Expert avisé (avec accord du demandeur)** **: Oui** **: Non****Si « Oui » préciser quel expert :** |