



Formulaire d'admission clinique

N° de client _____

Nom : _____ Date de naissance : _____ (jj-mm-aaaa)

Nom préféré : _____ Autre initiale : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Sans adresse permanente

Courriel : _____

Numéro de carte Santé : Province : ____ Numéro : _____ Code de version : ____

Date d'expiration : _____ (jj-mm-aaaa)

N° de téléphone : 1) cell _____ 2) domicile _____ 3) travail _____

Contact en cas d'urgence : Nom _____ Tél. _____ Relation _____

Voulez-vous vous identifier à l'une des catégories suivantes ou plus?

Francophone Premières nations Métis Inuit

Données démographiques étendues

Assurances :

Avez-vous une assurance supplémentaire? Non Oui : Je préfère ne pas répondre

Programme fédéral de santé intérimaire Services de santé non assurés aux autochtones

Assureur privé tiers : _____

Avez-vous un régime d'assurance-médicaments? Non Oui : Je préfère ne pas répondre

Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées Ontario au travail Programme de médicaments

de l'Ontario Programme de médicaments Trillium Action Cancer Programme de médicaments spéciaux

Programme d'aide pour les maladies métaboliques héritées Autre : _____

Identité de genre :

Homme Femme Transgenre – Transgenre - Bi-spirituel

homme vers femme femme vers homme

Intersexe Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre Autre : _____

Orientation sexuelle :

Hétérosexuel Lesbienne Bisexuel Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre

Allosexuel Gai Bi-spirituel Autre : _____

Niveau de scolarité atteint :

Trop jeune pour l'école primaire Collège Aucune éducation formelle

École primaire, 1^{ère}-8^e année Université - Baccalauréat Je ne sais pas

École secondaire, 9^e-12^e année Université – Études post Je préfère ne pas répondre

universitaires Autre : _____

Revenu annuel combiné du ménage :

0 – 14 999 \$

60 000 - 89 999 \$

15 000 - 19 999 \$

90 000 - 119 999 \$

20 000 - 24 999 \$

120 000 - 149 999 \$

25 000 - 29 999 \$

150 000 \$ ou plus

30 000 - 34 999 \$

Je ne sais pas

35 000 - 39 999 \$

Je préfère ne pas répondre

40 000 - 59 999 \$

Combien de personnes sont soutenues par ce revenu (y compris les enfants et les personnes à charge) : _____

Décrire la composition du ménage :		
<input type="radio"/> Parents / tuteurs avec enfants	<input type="radio"/> Famille étendue	<input type="radio"/> Monoparental
<input type="radio"/> Couple sans enfants	<input type="radio"/> Fraternel (frère, sœur)	<input type="radio"/> Colocataires sans lien de parenté
<input type="radio"/> Personne vivant seule	<input type="radio"/> Grands-parents avec enfant(s)	<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre
<input type="radio"/> Je ne sais pas	<input type="radio"/> Autre : _____	
État de sans abri : <input type="radio"/> Pas sans abri <input type="radio"/> Sans abri, sans adresse <input type="radio"/> Refuge <input type="radio"/> Autre, temporaire		
<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
Langue : <input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
Dans laquelle des langues officielles du Canada aimeriez-vous recevoir les services? <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français		
Quelle est votre langue maternelle/langue d'origine? <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Autre : _____		
La présence d'interprète est-elle nécessaire pour les rendez-vous? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Antécédents :		
Cochez la case qui décrit le mieux votre groupe racial ou ethnique :		
<input type="radio"/> Blanc, européen	<input type="radio"/> Premières nations	<input type="radio"/> Noir, africain
<input type="radio"/> Blanc, nord-américain	<input type="radio"/> Métis	<input type="radio"/> Noir, Caraïbes
<input type="radio"/> Originaire du Moyen-Orient	<input type="radio"/> Inuit	<input type="radio"/> Noir, afro-américain
<input type="radio"/> Asiatique, Est	<input type="radio"/> Latino-américain	<input type="radio"/> Indigène/autochtone
<input type="radio"/> Asiatique, Sud	<input type="radio"/> Originaire de l'Inde, Caraïbes	<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre
<input type="radio"/> Asiatique, Sud-Est	<input type="radio"/> Mixte :	<input type="radio"/> Je ne sais pas
<input type="radio"/> Autre : _____		
Pays d'origine : <input type="radio"/> Canada <input type="radio"/> Autre : _____ <input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
Date/année d'arrivée au Canada : _____		
Suivez-vous une religion ou un système de croyances? <input type="radio"/> Oui : _____ <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
Handicap :		
Avez-vous l'un des handicaps suivants?		
<input type="radio"/> Maladie chronique	<input type="radio"/> Physique	<input type="radio"/> Aucun
<input type="radio"/> Déficience développementale	<input type="radio"/> Sensoriel	<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre
<input type="radio"/> Trouble d'apprentissage	<input type="radio"/> Dépendance à la drogue ou à l'alcool	<input type="radio"/> Autre : _____
<input type="radio"/> Maladie mentale	<input type="radio"/> Je ne sais pas	
Bien-être:		
Comment évalueriez-vous votre sentiment d'appartenance à la communauté aujourd'hui? C'est-à-dire que vous avez un groupe de personnes avec qui vous êtes en contact et qui vous respecte, où vous partagez des activités et des expériences, entretenez des liens affectifs avec d'autres, et avez des personnes qui vous sont chères et qui se soucient de vous.		
<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
<input type="radio"/> Très faible	<input type="radio"/> Plus ou moins faible	<input type="radio"/> Plus ou moins fort
<input type="radio"/> Très fort		
Comment évalueriez-vous votre état de santé et de bien-être physique aujourd'hui? Choisissez une réponse		
<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
<input type="radio"/> Mauvais	<input type="radio"/> Moyen	<input type="radio"/> Bon
<input type="radio"/> Très bon		<input type="radio"/> Excellent
Comment évalueriez-vous votre état de santé et de bien-être mental aujourd'hui? Choisissez une réponse		
<input type="radio"/> Je préfère ne pas répondre		
<input type="radio"/> Mauvais	<input type="radio"/> Moyen	<input type="radio"/> Bon
<input type="radio"/> Très bon		<input type="radio"/> Excellent

Prenez-vous des médicaments? Si oui, pour quelle raison les prenez-vous?

Médicament	Raison

Avez-vous des allergies? Si oui, qu'elle est votre réaction?

Allergies	Réaction

Quelle pharmacie utilisez-vous? _____

Permission de communiquer avec la pharmacie pour obtenir le profil pharmaceutique Non Oui

Entente de service : Formulaire de consentement relatif aux programmes et services

Le CSC CHIGAMIK CHC est responsable de protéger la vie privée et la confidentialité de tous les renseignements recueillis au sujet de nos clients. Tous les membres du personnel (employés, étudiants et bénévoles) au CSC CHIGAMIK CHC sont tenus responsables des politiques de l'organisme en matière de confidentialité, de protection de la vie privée, de consentement et de divulgation d'information, et de respecter la *Loi sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé* et les normes établies par l'ordre professionnel auquel ils/elles appartiennent.

Je, _____, comprends que le CSC CHIGAMIK CHC fonctionne en équipe pour fournir les meilleurs soins de santé possibles. Pour y parvenir, les renseignements de santé à mon sujet peuvent être partagés entre les membres appropriés de l'équipe aux fins de collaboration (à mon sujet peut être partagée entre les membres appropriés de l'équipe aux fins de collaboration) ou avec les spécialistes aux fins de renvoi (à l'extérieur du centre). Tous les fournisseurs de santé associés et en clinique, y compris les physiothérapeutes, travailleuses et travailleurs sociaux, diététistes, membres du personnel infirmier praticien, médecins, et membres du personnel infirmier prennent des notes dans le même dossier de client.

1. CHIGAMIK ne recueille que l'information pertinente nécessaire à fournir les services appropriés aux clients ou à la communauté et à respecter les exigences juridiques et financières. Je comprends que, lorsqu'il le faut, l'information de santé à mon sujet pourrait être partagée avec :
 - les services de soins de santé primaires du CSC CHIGAMIK CHC (personnel infirmier praticien, médecins, personnel infirmier et personnel administratif médical/infirmier).
 - les professionnels de santé associés au CSC CHIGAMIK CHC (physiothérapeute, diététiste et thérapeutes en santé mentale/toxicomanie).
 - les professionnels à l'extérieur du CSC CHIGAMIK CHC à qui j'ai autorisé le renvoi.
2. Chaque client qui reçoit des soins au CSC CHIGAMIK CHC a un dossier médical. Tout renseignement recueilli des clients est stocké dans le logiciel de dossier médical électronique du centre. Les renseignements personnels sur la santé du client sont protégés par mot de passe, et l'accès à ces renseignements est réservé aux membres du personnel appartenant à l'équipe de soins de santé.
3. On demande à tout client inscrit à CHIGAMIK de fournir les données démographiques exigées par le cadre d'évaluation des CSC. Ces données nous permettent de vous offrir les services et programmes qui répondent à vos besoins. Les données démographiques peuvent également servir à appuyer la recherche et les demandes de financement; toutefois, le cas échéant, les données ne sont pas liées à votre nom ou à d'autres renseignements qui dévoileraient votre identité.
4. Les clients sont informés des raisons pour lesquelles nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements de santé personnelle et nous obtenons leur consentement exprès à cette fin.
5. Les renseignements personnels du client ne seront pas utilisés ni divulgués à des fins autres que celles pour lesquelles ils ont été recueillis, sauf si le client l'autorise ou si la loi l'exige. L'information personnelle ne sera conservée que le temps nécessaire pour effectuer les précédentes (1 et 2) et sera détruite par la suite de manière sécuritaire.
6. Les clients ont le droit d'accéder à leurs renseignements ou d'en obtenir une copie, de demander la correction des renseignements, d'obtenir l'aide à interpréter leur dossier ou de refuser ou de retirer leur consentement.
7. Le fournisseur de soins primaires est responsable d'aider le client à comprendre le dossier médical. Si le fournisseur craint que la communication des renseignements risque de nuire au client, il/elle consultera l'équipe avant de les divulguer. Le personnel répondra à toute demande de consulter un dossier dans les trente jours.

Restrictions

Je comprends qu'aucun renseignement figurant à mon dossier médical ne sera communiqué à qui que ce soit à l'extérieur du CSC CHIGAMIK CHC sans que je n'accorde le consentement exprès par écrit, sauf si la loi l'exige. Voici des exemples où ceci s'avérerait nécessaire :

- La loi exige que nous signalions les autorités responsables de la protection des enfants lorsque nous soupçonnons ou que quelqu'un nous divulgue l'abus ou la négligence d'un enfant âgé de moins de 16 ans.

- Si nous avons lieu de croire qu'un client pourrait s'infliger des blessures sérieuses ou risque de blesser autrui, nous le signalerons aux autorités afin de garantir la sécurité de tous.
- Nous partagerons les dossiers si la cour de justice nous l'ordonne (assignation).

On m'a expliqué les renseignements ci-dessus, je les comprends et j'accorde mon consentement pour la période pendant laquelle je reçois des soins de santé au CSC CHIGAMIK CHC.

Signature du client : _____ Date (jj-mm-aaaa) : _____