



Formulaire d'admission clinique

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

Nom préféré (si différent de ci-dessus) : _____ **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 Autochtone Métis Inuit Francophone et autochtone Aucun

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 – homme vers femme Transgenre - femme vers homme Je préfère ne pas répondre
 Intersexué Je ne sais pas Bi-spirituel 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 universitaires Autre : _____
 Je préfère ne pas répondre

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 :

- Parents / tuteurs avec enfants Famille étendue Monoparental
 Couple sans enfants Fraternel (frère, sœur) Colocataires sans lien de parenté
 Personne vivant seule Grands-parents avec enfant(s) Je préfère ne pas répondre
 Je ne sais pas Autre : _____

État de sans abri : Pas sans abri Sans abri, sans adresse Refuge Autre, temporaire
 Je préfère ne pas répondre

Langue :

Dans laquelle des langues officielles du Canada aimeriez-vous recevoir les services? Anglais Français Je préfère ne pas répondre

Quelle est votre langue maternelle/langue d'origine? Anglais Français Autre : _____

La présence d'interprète est-elle nécessaire pour les rendez-vous? Oui Non

Antécédents :**Cochez la case qui décrit le mieux votre groupe racial ou ethnique :**

- Blanc, européen Premières nations Noir, africain
 Blanc, nord-américain Métis Noir, Caraïbes
 Originaire du Moyen-Orient Inuit Noir, afro-américain
 Asiatique, Est Latino-américain Indigène/autochtone
 Asiatique, Sud Originaire de l'Inde, Caraïbes Je ne sais pas
 Asiatique, Sud-Est Mixte : _____ Autre : _____
 Je préfère ne pas répondre

Pays d'origine : Canada Autre : _____ Je préfère ne pas répondre

Date/année d'arrivée au Canada : _____

Suivez-vous une religion ou un système de croyances? Oui : _____ Non Je préfère ne pas répondre

Handicap :**Avez-vous l'un des handicaps suivants?**

- Maladie chronique Physique Aucun
 Déficience développementale Sensoriel Autre : _____
 Trouble d'apprentissage Dépendance à la drogue ou à l'alcool Je préfère ne pas répondre
 Maladie mentale 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.

- Je préfère ne pas répondre
- Très faible Plus ou moins faible Plus ou moins fort Très fort

Comment évalueriez-vous votre état de santé et de bien-être physique aujourd'hui? Choisissez une réponse

- Je préfère ne pas répondre
- Mauvais Moyen Bon Très bon Excellent

Comment évalueriez-vous votre état de santé et de bien-être mental aujourd'hui? Choisissez une réponse

- Je préfère ne pas répondre
- Mauvais Moyen Bon Très bon Excellent

Êtes-vous actuellement un patient sur la liste de tout autre fournisseur de soins primaires (médecin ou infirmière praticienne)? : Non Oui

Veillez indiquer le nom de votre fournisseur de soins primaires actuel ou le plus récent et la date approximative de votre dernier rendez-vous : _____

Veillez fournir des détails sur vos antécédents médicaux, y compris les chirurgies antérieures et/ou les hospitalisations :

Conditions médicales et diagnostic (Inclure la date approximative du diagnostic)	Chirurgies et / ou hospitalisations antérieures (Inclure la date approximative)

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

Médicament	Raison

Avez-vous des allergies? Si oui, quelle est votre réaction?

Allergies	Réaction

Quelle pharmacie utilisez-vous? _____

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

Droits et responsabilités des clients

Chaque client a le droit :

1. D'être traité avec respect par tout le personnel, les bénévoles et les étudiants d'une manière qui reconnaît entièrement la dignité et l'individualité du client.
2. D'être assuré que le personnel, les étudiants et les bénévoles du centre garantissent la confidentialité des renseignements personnels. Les bénévoles n'ont pas accès aux dossiers médicaux des clients. La divulgation de renseignements à l'extérieur de la clinique ne se fera qu'avec l'autorisation écrite du client, en cas de crise mettant sa vie en danger, ou si elle est ordonnée par un tribunal. Dans de rares cas, les tribunaux peuvent assigner des dossiers médicaux. De plus, conformément à la loi, le personnel doit signaler les circonstances suivantes : tout cas où le client risque de s'infliger des blessures ou de blesser autrui; tout soupçon raisonnable qu'il y a négligence ou abus émotif, physique ou sexuel d'un mineur; relations sexuelles avec un professionnel de la santé ou abus de ce dernier; et certaines maladies transmissibles.
3. De savoir qui est responsable de diriger leurs soins.
4. D'être informé de son état de santé, des résultats de tests et de traitements proposés; d'accepter ou de refuser le traitement, y compris les médicaments, et d'être informé des conséquences liées à l'acceptation ou au refus du traitement.
5. D'être assuré de la confidentialité pendant les entrevues personnelles, les sessions de counseling et les évaluations médicales.
6. De refuser de voir un étudiant professionnel des soins de santé, que cette personne soit supervisée par un professionnel des soins de santé ou non.
7. D'avoir, par le biais d'un professionnel des soins de santé affecté, accès à son dossier médical sur demande, et d'en comprendre le sens.
8. De désigner une personne autorisée à recevoir l'information concernant son état de santé et son traitement et, au besoin, de prendre des décisions en son nom, conformément à la loi.
9. De soulever toute préoccupation qu'il pourrait avoir concernant les soins de santé prodigués ou recommander des changements, sans craindre de représailles. (Pour obtenir des renseignements sur la façon de déposer une plainte, communiquez avec un membre quelconque de l'équipe de soins de santé ou visitez le site Web de Chigamik à la section Expérience des clients et des visiteurs.)
10. De recevoir des soins dans un milieu sain et sûr.

Chaque client est responsable de :

1. Se conformer à la politique de tolérance zéro de Chigamik relatif à tout abus ou harcèlement à l'égard du personnel ou des bénévoles, y compris tout comportement considéré comme intimidant, offensant, humiliant ou menaçant.
2. Fournir des renseignements pertinents et précis aux membres de l'équipe de soins de santé.
3. S'inscrire auprès du CSC CHIGAMIK CHC s'il demande l'accès aux soins de santé primaires.
4. Accepter la responsabilité des décisions qu'il prend relativement à son traitement.
5. Indiquer au professionnel de soins de santé ou au conseiller lorsqu'il requiert des renseignements supplémentaires ou qu'il a mal compris les instructions données.
6. Suivre le plan de traitement convenu entre le fournisseur de soins de santé ou le conseiller du client et le client lui-même. Si un client ne peut pas suivre le plan de traitement, il doit en informer le professionnel de soins de santé.
7. Reconnaître que les professionnels de la santé ne fournissent aucun traitement qu'ils considèrent comme médicalement ou éthiquement inapproprié.
8. Reconnaître que les besoins d'autres clients peuvent parfois être plus urgents que les siens.
9. Respecter les biens du centre et suivre les règlements et les politiques du centre.
10. Être responsable des dépenses qui ne sont pas couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario (RAMO) ou par l'assurance-santé privée, sauf en négociation contraire. Les dépenses non couvertes seront identifiées au moment d'obtenir le consentement pour la procédure en question.
11. Respecter l'emploi du temps du personnel et des autres clients, et d'appeler le centre pour donner 24 heures d'avis s'il est impossible de se présenter à un rendez-vous.
12. Suivre la philosophie du CSC CHIGAMIK CHC en faisant preuve de respect et de courtoisie envers le personnel, les étudiants, et les clients peu importe la race, le sexe, l'orientation sexuelle, le handicap, la situation financière, les origines, le casier judiciaire ou la situation de famille.
13. Informer le centre s'il a des préoccupations au sujet de son traitement au centre.
14. S'abstenir de prendre des photos, des vidéos et/ou des enregistrements audio pendant son temps au centre, y compris pendant les programmes, les rendez-vous et dans la salle d'attente ou d'autres zones publiques.

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 de renseignements, 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 l'intérieur du centre) ou avec les spécialistes aux fins de renvoi (à l'extérieur du centre). Tous les fournisseurs de santé clinique ou paramédicaux, 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 les renseignements pertinents nécessaires 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, les renseignements de santé à mon sujet pourraient être partagés 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. Un dossier médical est créé pour chaque client qui reçoit des soins au CSC CHIGAMIK CHC. 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 personnels 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) : _____