

# Aiguillage vers les services communautaires de soutien

(<http://www.sscnordest.ca>)



North East Ontario Home & Community Care  
United in our Commitment to Care  
Soins communautaire et à domicile du Nord-Est de l'Ontario  
Unités dans notre engagement



Si vous télécopiez ce formulaire, indiquez le nombre de pages (y compris la page couverture) : \_\_\_\_\_ pages

## Renseignements sur le client

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Version : \_\_\_\_\_ Province émettrice de la carte Santé : \_\_\_\_\_

☐ Pas de n° de carte Santé ☐ Pas de code de version Premières Nations (si applicable) \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_ Municipalité/Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ ☐ Pas d'adresse connue

N° de téléphone: \_\_\_\_\_ N° de poste: \_\_\_\_\_ N° de téléphone secondaire : \_\_\_\_\_ N° de poste: \_\_\_\_\_

☐ Pas de no de telephone secondaire:

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M F Autre: \_\_\_\_\_

Quelle est votre langue maternelle? Anglais Français Autre (précisez): \_\_\_\_\_ Interprète nécessaire? Oui Non

Si vous avez choisi autre, dans laquelle des langues officielles du Canada êtes-vous le plus à l'aise? Anglais Français

Commentaires: \_\_\_\_\_

Personne-ressource secondaire : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Cochez s'il y a lieu : ☐ Procuration (☐ Documents fournis) ☐ Mandataire spécial ☐ Autre : \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_ N° de poste: \_\_\_\_\_ N° de téléphone secondaire : \_\_\_\_\_ N° de poste: \_\_\_\_\_

☐ Pas de no de telephone secondaire:

Rappelez : (cochez une case) : Client ou Personne-ressource secondaire ou Le client veut être contacté par courriel

Meilleur moment pour appeler : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## Service communautaire demandé

Service communautaire demandé (veuillez cocher toutes les cases pertinentes):

- |                                                                                              |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien ménager                                                   | <input type="checkbox"/> Services de soutien à la personne et formation à l'autonomie                                                                |
| <input type="checkbox"/> Formation à l'autonomie et réadaptation                             | <input type="checkbox"/> Services de traitement des accidents vasculaires cérébraux                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Popote roulante                                                     | <input type="checkbox"/> Services de traitement des lésions cérébrales acquises                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Programmes de jour pour adultes                                     | <input type="checkbox"/> Services de transport                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Programmes d'exercice et de prévention des chutes                   | <input type="checkbox"/> Services pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démence                                                   |
| <input type="checkbox"/> Repas en groupe/collectifs                                          | <input type="checkbox"/> Services pour personnes sourdes ou qui ont une déficience auditive                                                          |
| <input type="checkbox"/> Service de réconfort téléphonique et vérifications de la sécurité   | <input type="checkbox"/> Services professionnels (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie) offerts par des fournisseurs des Premières Nations |
| <input type="checkbox"/> Services après la perte de vision                                   | <input type="checkbox"/> Soins des pieds                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Services d'intervention en cas d'urgence                            | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Services d'aide à la vie autonome/logement avec services de soutien | <input type="checkbox"/> Soins pour le soignant                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Services d'aide familiale et d'aide ménagère                        | <input type="checkbox"/> Visites amicales – sociales ou de sécurité                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Services de relève                                                  |                                                                                                                                                      |

## Renseignements sur l'établissement d'origine

Établissement/Unité d'origine: \_\_\_\_\_ N° de téléphone de l'établissement : \_\_\_\_\_ N° de poste: \_\_\_\_\_

Rempli par: \_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_ N° de poste: \_\_\_\_\_ N° de télécopieur: \_\_\_\_\_

Suivi nécessaire: Oui Non ☐ Consentement du client obtenu pour l'aiguillage

Le présent formulaire contient des renseignements personnels sur la santé qui sont assujettis aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Les renseignements sont recueillis aux fins d'aiguillage de patients vers des organismes de soutien communautaire dans la région qui offrent des services pouvant les aider. Les organismes de soutien communautaire utiliseront les renseignements uniquement pour évaluer l'admissibilité des patients et pour organiser les services nécessaires.

Nord-Est de l'Ontario

**Coordonnées pour la recommandation - Connexion Nord-Est**

**Renseignements des services de recommandation :**

[Réadaptation en déficience visuelle - Sault Ste Marie](#)

123 rue March, unité 506, Sault Ste Marie, ON, P6A 2Z5

**Contact pour les recommandations :**

INCA Région Nord, Réception, [info@cnib.ca](mailto:info@cnib.ca)

Phone: 1-888-675-2468, Fax: 705-675-6635

---