Aiguillage vers les services communautaires de soutien (http://www.sscnordest.ca)

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 : Ontario

☐ 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: Ontario

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):

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

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 :
VON Victorian Order of Nurses - North East District - Espanola
439 deuxième avenue, bureau A, Espanola, ON, P5E 1L2
Contact pour les recommandations :
Celina Van Druenen, Gestionnaire du CSS, celina.vandruenen@von.ca
Phone: 705-671-1575 poste 2006, Fax: 705-671-2309