



FORMULAIRE DE DEMANDE DES CLIENTS

Les Centres de santé communautaire de Chatham-Kent (CSCCK) acceptent comme nouveaux clients les personnes qui font partie de notre population cible. Veuillez répondre à toutes les questions du mieux que vous le pouvez. Ce formulaire est protégé et confidentiel une fois qu'il a été rempli et soumis.

NOM :		PRÉNOM :	DEUXIÈME PRÉNOM :	ALIAS (si vous n'utilisez pas votre prénom) :	DATE DE NAISSANCE : jj/mm/aaaa
ADRESSE : rue et numéro			APPARTEMENT :	VILLE :	
PROVINCE :	CODE POSTAL :	TÉL. (MAISON) :		CELLULAIRE :	
NUMÉRO DE CARTE SANTÉ:		Avez-vous actuellement un médecin de famille ou une infirmière praticienne? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Un membre de votre famille vivant sous le même toit que vous est-il déjà un client des CSCCK? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
CODE DE VERSION:	DATE D'EXP.:	Quel est le nom de votre médecin de famille ou infirmière praticienne actuel ou précédent? _____		Si oui, quel est son nom? _____	
N'a pas une carte Santé <input type="checkbox"/>					
Êtes-vous citoyen canadien? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Énumérez tous les enfants de moins de 16 ans qui vivent à votre adresse et qui fréquenteront les Centres de santé communautaire de Chatham-Kent. Remplissez un formulaire distinct pour chaque membre de la famille de plus de 16 ans.					
NOM	DDN jj/mm/aaaa	NUMÉRO DE CARTE SANTÉ indiquez le code de version et la date d'expiration		SEXE	LIEN AVEC VOUS
Avez-vous des problèmes de communication qui rendent difficile votre accès aux soins de santé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Avez-vous besoin d'un interprète? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Quelle est votre langue maternelle (la première langue que vous avez apprise)? Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : _____					
Si votre langue maternelle n'est pas Anglais ou Français, êtes-vous plus à l'aise avec Anglais ou Français? Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/>					
Dans quelle langue vous sentez-vous le plus à l'aise? Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Langage gestuel américain <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Bas-allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : _____					
Quel est votre revenu annuel? 0 \$ – 19 999 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ – 29 999 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ – 39 999 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$ – 59 999 \$ <input type="checkbox"/> supérieur à 60 000 \$ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>			Êtes-vous enceinte ou pourriez-vous l'être? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Vivez-vous temporairement dans cette communauté à titre de travailleur saisonnier? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que les 2/3 ou 66% de votre revenu servent à couvrir les coûts du logement et de la nourriture? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Groupe racial ou ethnique : Premières Nations <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Latino-américain <input type="checkbox"/> Moyen-oriental <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : _____					

Sexe :
 Femme Homme Intersexe Transsexuel – femme à homme Transsexuel – homme à femme
 Autre Préciser : _____

Orientation sexuelle :
 Hétérosexuel Homosexuel Lesbienne Bisexuel Allosexuel Bispirituel
 Autre Préciser : _____

Consultez-vous actuellement ou avez-vous déjà consulté un thérapeute ou un conseiller?
 Oui Non

Consultez-vous actuellement ou avez-vous déjà consulté un psychiatre?
 Oui Non
 Si oui, indiquez le nom du psychiatre et l'année de la dernière consultation : _____

Consultez-vous actuellement ou avez-vous déjà consulté d'autres spécialistes? Oui Non
 Si oui, indiquez leur nom et l'année de la dernière consultation : _____

**DRESSEZ LA LISTE DE TOUS LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ (médicaments d'ordonnance et en vente libre) ou ANNEXEZ UNE LISTE À JOUR PRODUITE PAR VOTRE PHARMACIE.
 (Pour les demandes de consultation rapide, annexe une liste à jour produite par la pharmacie).**

NOM	DOSE	INSTRUCTIONS

Quel est le nom de votre pharmacie? _____

AVEZ-VOUS UN DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUIVANTS? Cochez TOUTES les cases pertinentes.

MALADIE CHRONIQUE :	Hypertension artérielle <input type="checkbox"/>	TROUBLE DE SANTÉ MENTALE :	Trouble panique <input type="checkbox"/>	DÉPENDANCES :	Autisme <input type="checkbox"/>	DÉFICIENCE SENSORIELLE :
Diabète <input type="checkbox"/>	Cholestérol élevé <input type="checkbox"/>	Trouble bipolaire <input type="checkbox"/>	Psychose <input type="checkbox"/>	Dépendance à l'alcool <input type="checkbox"/>	Lésion cérébrale <input type="checkbox"/>	Déficiência auditive <input type="checkbox"/>
MPOC <input type="checkbox"/>	Arthrite <input type="checkbox"/>	Dépression <input type="checkbox"/>	TOC <input type="checkbox"/>	Dépendance à la drogue <input type="checkbox"/>	HANDICAP PHYSIQUE :	Déficiência visuelle <input type="checkbox"/>
ICC <input type="checkbox"/>	Apnée du sommeil <input type="checkbox"/>	Anxiété <input type="checkbox"/>	TROUBLE D'APPRENTISSAGE :	TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT :	Paralysie cérébrale <input type="checkbox"/>	AUCUN <input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Schizophrénie <input type="checkbox"/>	Dyslexie <input type="checkbox"/>	TDAH <input type="checkbox"/>	Dystrophie musculaire <input type="checkbox"/>	NE SAIS PAS <input type="checkbox"/>

Si vous êtes atteint d'une maladie, d'une déficiencia ou d'un trouble qui ne paraît pas ci-dessus, veuillez l'indiquer ci-dessous :

**RAPID REFERRAL – This section is to be completed by a person from an approved rapid referral organization only.
 *Please fill out section completely***

Referral Source:
 Name: _____ Phone Number: _____ Ext: _____

Organization: CKHA - MHAP CMHA ACTT **Name of Client's Psychiatrist:** _____

Is your Client aware that this referral has been made? Yes No **Is your Client stable?** Yes No

Note – Client must have a diagnosed SMI and be without a Doctor or Nurse Practitioner to qualify. Please ensure a diagnosis has been checked above.