



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"/>		_____		_____	
Sinon, quel est votre pays d'origine et votre année d'arrivée au Canada? Pays _____ Arrivée _____		_____		_____	
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"/>					
Combien de personnes ce revenu soutient-il? _____					



FORMULAIRE DE DEMANDE DES CLIENTS

Groupe racial ou ethnique :
Premières Nations Autochtone Inuit Métis Asiatique Noir Latino-américain
Moyen-oriental Blanc Autre 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 : _____

Composition du ménage :
2 Parent / enfant(s) Couple sans enfant Seul membre Grand (s) -parent (s) avec petit (s)-enfant (s)
Famille élargie Colocataires non apparentés Frères et sœurs Famille monoparentale (mère)
Famille monoparentale (père) Couple homosexuel Autre Ne sais pas Préfère ne pas répondre

Niveau de scolarité complété :
École primaire ou équivalent École secondaire ou équivalent École postsecondaire ou équivalent
Trop jeune pour l'achèvement primaire Pas d'éducation formelle Autre Ne sais pas Préfère ne pas répondre

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 :

RÉFÉRENCE RAPIDE – Cette partie doit être remplie par un membre responsable d'un organisme autorisé.

*** Il est nécessaire de remplir la présente section en entier***

Source de référence:

Nom: _____ No. de téléphone: _____ Ext: _____

Organisation: CKHA – MHAP CMHA ACTT ACCESS Open Minds

Dr. Gopidasan (référence d'un fournisseur de soins primaires est nécessaire)

Est-ce que le patient consulte actuellement un psychiatre? Oui Non

Si oui, indiquez le nom du psychiatre? _____

Est-ce que le patient a été référé à un psychiatre et attend son premier rendez-vous? Oui Non

*****Pour avoir droit au traitement de référence rapide, le patient doit avoir un diagnostic d'une maladie mentale grave provenant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) praticien(ne) *****

Veuillez cocher la case applicable:

- schizophrénie
- dépression majeure grave
- trouble bipolaire

Est-ce que le patient est au courant de ce référence? Oui Non

Est-ce que le patient est dans un état stable? Oui Non

Pour établir la priorité, veuillez indiquer comment rapide votre patient a besoin de consulter un fournisseur de soins primaires:

- Urgence extrême (en 2 semaines)
- Urgence pressant (en 1 à 2 mois)
- Urgence moyenne (en 3 à 6 mois)

(SVP notez, les CSCCK ne peut pas garantir qu'un rendez-vous sera donné au cours des périodes spécifique mentionné. Les temps d'attente peuvent fluctuer et les patients peuvent faire face à des temps d'attente plus long.)