

RÉADAPTATION

EN DÉFICIENCE VISUELLE^{MC}

CANADA

Formulaire d'auto-aiguillage ou d'aiguillage communautaire

Nous vous remercions d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Que vous fassiez un auto-aiguillage, ou un aiguillage pour un client ou pour une personne qui vous est chère, nous sommes là pour vous offrir notre soutien.

Nous vous encourageons à remplir tous les champs de ce formulaire afin que nous puissions élaborer le meilleur plan de réadaptation possible.

Veillez envoyer ce formulaire rempli par télécopieur au 1-844-268-7294.

***indique tous les champs obligatoires**

Renseignements sur la personne	
*Date d'aiguillage	
No de carte d'assurance-maladie de la personne	
*Nom et prénom officiel de la personne	
*Adresse de la personne 1	
Adresse de la personne 2	
*Ville de la personne	
*Province de la personne	
*Code postal de la personne	
*No de téléphone de la personne (jour ou cellulaire)	
*Date de naissance de la personne (AAAA-MM-JJ)	

1 *Comment la perte de vision de la personne a-t-elle un impact sur sa qualité de vie?

Sécurité

Travail/Études

Vie quotidienne

Autre raison de l'aiguillage:

2 *Y a-t-il eu une visite chez l'ophtalmologue au cours de l'année dernière?

Oui

Non

Diagnostique :

Nom de l'ophtalmologue :

3 *La personne se trouve-t-elle actuellement dans un hôpital ou un établissement de réadaptation?

Oui

Non

4 Si oui, cet aiguillage fait-il partie du plan de congé de l'hôpital?

Oui

Non

5 Des informations d'évaluation supplémentaires accompagnent-elles cet aiguillage?

Instrument international d'évaluation des résidents/ Soins à domicile/ Formulaire d'évaluation de la santé en milieu communautaire

Évaluation des soins de santé

Non

Autre :

6 *La langue préférée de la personne :

Anglais

Autre (veuillez préciser) :

Français

Consentement

7 *La personne a-t-elle été informée de cet aiguillage et a-t-elle donné son consentement?

Non

Oui

Date à laquelle le consentement a été donné (JJ/MM/AA) :

Si le consentement a été donné par une personne autre que la personne aiguillée :

Nom de l'autre personne à contacter :

Relation :

Numéro de téléphone en journée :

Information sur l'agence d'aiguillage

*Aiguillage effectué par :

Agence/Travailleur

Auto-aiguillage

Aiguillage de la famille

*Nom de la personne qui fait l'aiguillage :

*Organisation/Relation :

N° de téléphone :

*Bureau du RDVC le plus proche du patient (insérer les mêmes options de bureau que celles qui figurent sur le formulaire d'aiguillage du médecin).

A large empty rectangular box intended for the user to enter the name of the nearest RDVC office.