

## **Professionnel des soins de santé - Formulaire d'aiguillage**

Nous vous remercions d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Nous sommes là pour vous aider à aiguiller votre patient. Veuillez remplir tous les champs de ce formulaire afin que nous puissions élaborer le meilleur plan de réadaptation possible.

**\*Indique les champs obligatoires.**

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au 1-844-268-7294.

Date de l'aiguillage : \_\_\_\_\_

### **Section un : Renseignements sur le patient**

\*Bureau de RDVC le plus près du patient : \_

N° de carte d'assurance maladie		*Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
*Nom de famille		*Prénom	
Sexe			
*Adresse 1		Adresse 2	
*Ville/Village		*Province/Territoire	
*Code postal			
* N° de téléphone		Autre n° de téléphone	
Courriel			
Langue préférée		Si autre, veuillez préciser	
Nom du contact suppléant		n° de téléphone du contact suppléant	

## Section deux : Renseignements supplémentaires sur le patient

1. Le patient s'identifie-t-il comme un Autochtone, par exemple un membre d'une Première nation, un Inuk (Inuit) ou un Métis?

Oui \_ Non \_

2. Si oui, veuillez fournir **UN** des éléments suivants :

A. Premières nations

Numéro d'inscription à la Loi sur les Indiens (statut) : \_\_\_\_\_, ou  
Numéro d'identification fourni par les SSNA (numéro B) : \_\_\_\_\_

**OU**

B. Métis

Numéro de bande + numéro de famille (sans espace) : \_\_\_\_\_,  
Numéro du Registre des Indiens (Statut) : \_\_\_\_\_,

**OU**

C. Inuk (Inuit)

Numéro du régime de santé des Territoires du Nord-Ouest : \_\_\_\_\_, ou  
Numéro du régime d'assurance maladie du gouvernement du Nunavut :  
\_\_\_\_\_, ou  
Numéro d'identification du client des SSNA ([numéro N](#)) : \_\_\_\_\_

3. Le patient est-il un membre actuel, ancien ou retraité des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)?

Oui \_ Non \_ Ne sais pas \_\_\_\_

4. Si oui, peut-il fournir un numéro K?

Oui \_ Numéro de dossier K :  
Non \_ Ne sais pas \_\_\_\_

### Section trois : Raison(s) de l'aiguillage du patient

Incidence de la perte de vision sur la qualité de vie du patient (p. ex., sécurité, travail/études, vie quotidienne, autre) :

- a. En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il fait une chute au cours des trois derniers mois?

Oui \_ Non \_ Ne sais pas \_\_\_

- b. En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il subi des brûlures?

Oui \_ Non \_ Ne sais pas \_\_\_

- c. En raison de sa perte de vision, le patient risque-t-il de perdre son emploi?

Oui \_ Non \_ Ne sais pas \_\_\_

- d. En raison de sa perte de vision, le patient risque-t-il d'échouer dans ses études?

Oui \_ Non \_ Ne sais pas \_\_\_

- e. En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il pris accidentellement le mauvais médicament?

Oui \_ Non \_ Ne sais pas \_\_\_

2. \* Raison de l'aiguillage (décrire les problèmes fonctionnels liés à la vision, par exemple, la personne a du mal à lire les caractères d'imprimerie) :

3. Autres conditions ou limitations médicales

Diabète

Accident vasculaire cérébral

Dépression

Démence

Sclérose en plaque

Autre : \_

## Section quatre : Examen de la vue et renseignements additionnels

1. \* Le patient a-t-il subi un examen de la vue au cours des 12 derniers mois?

Oui  Non  Ne sais pas

Date de l'examen : \_\_\_\_\_

Nom de l'ophtalmologiste : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

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

Oui  Non

Si **oui**, cet aiguillage fait-il partie du plan de sortie?

Oui  Non

3. Y a-t-il des renseignements supplémentaires sur l'évaluation qui accompagnent cette demande d'aiguillage?

Rai HC/CHA  Non

Évaluation des soins de santé  Autre \_\_\_\_\_

## Section cinq : Consentement

\* Le patient est-il au courant de cet aiguillage et a-t-il donné son consentement à la divulgation de ses renseignements à RDVC?

Oui  Non

Date du consentement :

Si le consentement est donné par un mandataire spécial, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de la personne consentante : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone pendant la journée : \_\_\_\_\_

Date du consentement du mandataire spécial : \_\_\_\_\_

## Section six : Renseignements sur la personne qui fait l'aiguillage

Je suis un :

Professionnel des soins de santé (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Pédagogue \_\_\_      Employeur \_\_\_      Autre \_\_\_\_\_

*Nom de famille		*Prénom	
*Adresse de la clinique ou du bureau		Adresse 2 de la clinique ou du bureau	
*Ville/Village		*Province/Territoire	
*Code postal		Courriel	
*N° de téléphone		N° de télécopieur	