

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	