

## **Formulaire d'aiguillage communautaire/autonome**

Nous vous remercions d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Que vous vous aiguillez vous-même que vous aiguillez 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.

**\*Indique les champs obligatoires.**

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli par télécopie au 1-844-268-7294.

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

**Section un : Veuillez indiquer les renseignements concernant la personne aiguillée**

N° de carte d'assurance maladie	
*Nom de famille et prénom	
Sexe	
*Adresse 1	
Adresse 2	
*Ville	
*Province	
*Code postal	
Courriel	
*N° de téléphone (jour ou cellulaire)	

*Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Langue préférée	Si autre, veuillez préciser _____

## Section deux : Renseignements personnels supplémentaires

1. Vous (la personne aiguillée) identifiez-vous comme une personne autochtone, telle que Première nation, Inuk (Inuit) ou 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**

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. Êtes-vous (ou la personne aiguillée) un membre actuel, ancien ou retraité des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)?  
Oui \_ Non \_ Ne sait pas \_\_\_
4. Si oui, pouvez-vous fournir un numéro K?  
Oui \_ Numéro K :  
Non \_ Ne sait pas \_\_\_

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

**Comment la perte de vision de la personne touche-t-elle sa qualité de vie (p. ex. sécurité, travail/études, vie quotidienne, autre) :**

1. En raison de votre perte de vision, avez-vous (la personne aiguillée) fait une chute au cours des trois derniers mois?  
Oui \_ Non \_ Ne sait pas \_\_\_
2. En raison de votre perte de vision, vous (la personne aiguillée) êtes-vous brûlée?  
Oui \_ Non \_ Ne sait pas \_\_\_
3. En raison de votre perte de vision, (la personne aiguillée) risque-t-elle de perdre son emploi?  
Oui \_ Non \_ Ne sait pas \_\_\_
4. En raison de votre perte de vision, courez-vous (la personne aiguillée) un risque d'échec scolaire?  
Oui \_ Non \_ Ne sait pas \_\_\_
5. En raison de votre perte de vision, avez-vous (la personne orientée) pris le mauvais médicament?  
Oui \_ Non \_ Ne sait pas \_\_\_

**Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez expliquer :**

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

1. Y a-t-il eu un examen par un ophtalmologiste au cours des 12 derniers mois?

Oui  Non  Ne sait pas : \_\_\_\_\_

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 congé de l'hôpital ou de l'établissement de réadaptation?

Oui  Non

## Section cinq : Consentement

1. \*Si vous vous aiguillez vous-même, consentez-vous à ce que les renseignements vous concernant soient communiqués à RDVC?

Oui  Date du consentement : \_\_\_\_\_

Non  Sans objet : \_\_\_\_\_

2. \*Si vous aiguillez quelqu'un, cette personne est-elle au courant de cet aiguillage et a-t-elle donné son accord pour que les renseignements la concernant soient divulgués à RDVC?

Oui  Date du consentement : \_\_\_\_\_

Non  Sans objet : \_\_\_\_\_

3. Si vous êtes le mandataire spécial qui donne son consentement au nom de la personne aiguillée, veuillez remplir le formulaire suivant :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

No de téléphone en journée : \_\_\_\_\_

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

### Section six : Renseignements sur l'organisme référent

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

Oui

Non

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

Oui

Non

2. \* Nom de la personne qui aiguille : \_\_\_\_\_

\*Organisme/Relation : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone 1 : \_\_\_\_\_

poste : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone 2 : \_\_\_\_\_

poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

\*Aiguillage fait par :

\_\_\_ Agence/Travailleur

\_\_\_ Membre de la famille