

Formulaire communautaire/d'auto-aiguillage

Merci d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada Que vous fassiez un aiguillage pour vous-même, pour un client ou pour un proche, nous sommes ici pour vous aider. Nous vous encourageons à remplir tous les champs de ce formulaire afin que nous puissions élaborer le meilleur plan de réadaptation possible. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au 1 844 268-7294.

Date d'aiguillage: _____ / _____ / _____
année/mois/jour

Information sur la personne faisant l'objet de l'aiguillage

Nom de famille: _____ Prénom: _____

DDN: _____ / _____ / _____ N° de carte santé
année/mois/jour provinciale: _____

Adresse: _____ / _____ / _____
rue ville province code postal

N° de téléphone: _____ Autre n° de téléphone: _____

Adresse de courriel: _____

Nom d'une autre N° de téléphone de l'autre
personne-ressource: _____ personne-ressource: _____

La personne s'identifie-t-elle comme une personne Oui/Non Si oui, n°
autochtone, c.-à-d. membre d'une Première nation, d'identification: _____
personne inuite ou personne métisse? _____

S'agit-il d'un(e) membre actuel(le), ancien(ne) ou Oui/Non Si oui, n° K: _____
retraité(e) des Forces armées canadiennes ou de la _____
Gendarmerie royale du Canada? _____

Consentement

La personne a consenti à la divulgation de l'information relative à sa vision: Oui/Non _____ Date de
consentement: _____ / _____ / _____
année/mois/jour

Si le consentement a été donné par un décideur substitut, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de la personne ayant Prénom de la personne ayant
donné le consentement: _____ donné le consentement: _____

Relation: _____ N° de téléphone de la personne
ayant donné le consentement _____

Date à laquelle cette personne a donné le consentement: _____ / _____ / _____
année/mois/jour

Raison(s) de l'aiguillage de la personne

En raison de sa perte de vision, la personne a-t-elle fait une chute au cours des 3 derniers mois? Oui/Non/Ne sait pas _____

En raison de sa perte de vision, la personne a-t-elle subi des brûlures? Oui/Non/Ne sait pas _____

En raison de sa perte de vision, la personne s'est-elle trompée dans sa prise de médicaments? Oui/Non/Ne sait pas _____

En raison de sa perte de vision, la personne est-elle à risque de perdre son emploi? Oui/Non/Ne sait pas _____

En raison de sa perte de vision, la personne est-elle à risque d'échec scolaire? Oui/Non/Ne sait pas _____

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

Y a-t-il eu examen de la vue par un(e) ophtalmologiste au cours des 12 derniers mois? Oui/Non/Ne sait pas _____

Nom de l'ophtalmologiste: _____ Diagnostic: _____

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? Oui/Non _____

Information sur la personne faisant l'aiguillage

Remarque : S'il s'agit d'un auto-aiguillage, vous n'avez pas à remplir cette section en totalité; vous ne devez que cocher la case d'auto-aiguillage si les coordonnées sont les mêmes que celles de la section Information sur la personne faisant l'objet de l'aiguillage.

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ / _____
rue ville province code postal

N° de téléphone: _____ Adresse de courriel: _____

Situation: Travail en agence Auto-aiguillage Aiguillage de la famille Autre
Veuillez préciser: _____

Organisation: _____ Relation: _____