

Formulaire d'aiguillage pour professionnel de la santé

Merci d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Nous sommes ici pour vous aider à remplir votre aiguillage. Veuillez 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 le patient

Nom de famille : _____ Prénom : _____

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

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

N° de téléphone : _____ Autre no de téléphone : _____

Adresse de courriel : _____

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

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

Le patient est-il membre actuel, ancien ou retraité des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada? Oui/Non : _____ Si oui, no K : _____

Consentement

Le patient 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 donné le consentement : _____

Prénom de la personne ayant donné le consentement : _____

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

Relation : _____

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

Raison(s) de l'aiguillage du patient

En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il fait une chute au cours des 3 derniers mois? Oui/Non/Ne sait pas

En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il subi des brûlures? Oui/Non/Ne sait pas

En raison de sa perte de vision, le patient s'est-il trompé dans sa prise de médicaments? Oui/Non/Ne sait pas

En raison de sa perte de vision, le patient est-il à risque de perdre son emploi? Oui/Non/Ne sait pas

En raison de sa perte de vision, le patient est-il à risque d'échec scolaire? Oui/Non/Ne sait pas

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

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

Nom de l'ophtalmologiste : _____ Diagnostic : _____

Le patient se trouve-t-il actuellement dans un hôpital ou un centre de réadaptation? Oui/Non

Si oui, cet aiguillage fait-il partie du plan de congé? Oui/Non

De l'information d'évaluation supplémentaire accompagne-t-elle cet aiguillage?

Rai-HC/ESC : Oui/Non _____ Évaluation de soins de santé : Oui/Non _____

Information sur la personne faisant l'aiguillage

Nom de famille : _____ Prénom : _____

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

N° de téléphone : _____ Adresse de courriel : _____

Je suis : Professionnel de la santé Éducateur Employeur Autre

Veuillez préciser votre profession de santé :

Si autre, veuillez préciser :
