ENTRE DEUX ROUES

Centre socioprofessionnel et de répit
124, rue Sainte-Marie, Gatineau (Québec) J8Y 2B1
Téléphone : 819-770-2233 Télécopieur : 819-770-0922
Courriel : direction@entredeuxroues.org
Site Web : www.entredeuxroues.org

Date:_____

Information personnelle

NOM DU CLIENT : _____

DATE D'ENTRÉE RECOMMANDÉE : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL: _____

TEL. : _____CELL. :_____ COURRIEL :_____

ÂGE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ASS.MALADIE : _____ ASS. sociale : _____

INTERVENANT RÉFÉRANT _____

No. de Tel.: _____

EN CAS D`URGENCE

NOM DE LA PERSONNE (RÉPONDANT)

NOM : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL :_____

COURRIEL* : _____

TEL.: _____CELL. : _____

NOM : _____

ADRESSE : _____

COURRIEL*;_____

TEL.: _____AUTRE. : _____

Référé par : ☐ La RessourSe ☐ CLSC ☐ AUTRE _____

NB. : Veuillez faire signer l'autorisation de partage d'informations attachées

Coordonnées de l'intervenant référant :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____
*Courriel :_____

Télécopieur _____

Signature : _____

Date :_____

N.B. : Veuillez faire signer les autorisations de transmettre les renseignements à Entre deux roues.

Diagnostique(s) :

Médecin traitant : _____

Tél. : _____

Motif de la demande (Ajouter des pages si besoin) **:**

Histoire psychosociale (Ajouter des pages si besoin) **:**

Suite…

Coordonnées des intervenants dans le dossier

SPÉCIALISTS

Nom: _____ Adresse : _____
Téléphone _____ *Courriel _____ # Télécopieur _____

Ergothérapeute :

Nom: _____ Adresse : _____
Téléphone _____ * Courriel _____ # Télécopieur _____

Orthophoniste :

Nom: _____
Adresse : _____
Téléphone _____ * Courriel _____ # Télécopieur _____

Travailleur social :

Nom: _____
Adresse : _____
Téléphone _____ *Courriel _____ # Télécopieur _____

Psychologue :

Nom: _____
Adresse : _____
Téléphone _____ * Courriel _____ # Télécopieur _____

Autre : Medecins

Nom: _____
Adresse : _____
Téléphone _____ * Courriel _____ # Télécopieur _____

Nom: _____
Adresse : _____
Téléphone _____ *Courriel _____ # Télécopieur _____

MÉDICATION : Dosette ☐ Comprimés ☐ Écrasés ☐

Liste des médicaments : _____

_____

_____

_____

ALLERGIE : _____

MOBILITÉ : _____

_____

_____

_____

_____

Équipements utilisés : _____

Transfert : _____

_____

ALIMENTATION :

Mange seul ☐ Avec aide ☐

Spécifiez :_____

_____

_____

_____

MODE de COMMUNICATION :

Spécifiez :_____

_____

_____

SOINS D'HYGIÈNE ET TOILETTE :

Seul ☐ Avec aide ☐

Spécifiez :

Liste des activités préférées :

Autres commentaires ou information :

Veuillez utiliser une autre page si nécessaire.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATION

Je, _____

Né(e) le _____, par la présente, autorise les intervenants de Entre Deux

Roues à échanger des renseignements à mon sujet, lesquels pouvant être pertinents à ma participation au Programme sociaux professionnels et ou de répit.

Ces renseignements : coordonnées personnelles, évaluations, limitations, médicales, plans d'interventions ou plans de services et (spécifier) :_____

_____

peuvent être échangés entre les personnes et intervenants responsables de l'organisme

et les intervenants de Entre Deux Roues :

(1) Il est entendu que ce formulaire fera partie de mon dossier que j'ai le droit de vérifier et auquel je puis demander des corrections ou des annotations, tel que prévu à l'article 12, Loi sur la protection des renseignements personnels.

(2) Il est entendu que les renseignements obtenus par ce consentement seront gardés confidentiels et ne pourront être consultés que par les personnes autorisées, en conformité avec la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Cette autorisation est valable pour la durée de ma participation aux programmes d'aide et d'accompagnement social à Entre Deux Roues, organisme en déficience physique.

ET J'AI SIGNÉ À _____, CE _____.

Signature : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone : _____