



Formulaire d'inscription – adulte
SOINS PRIMAIRES

Chelmsford

Sudbury

Vallée-Est

Avez-vous une carte de membre du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury? oui non

Renseignements personnels – section obligatoire				Numéro de dossier	
Veillez inscrire le nom tel qu'il apparaît sur la carte santé					
Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj / mm / aaaa	Identifie comme homme <input type="checkbox"/>	Identifie comme femme <input type="checkbox"/>	Identifie comme autre <input type="checkbox"/>
Adresse		Ville		Code postal	
Téléphone résidentiel		Téléphone d'affaires		Téléphone cellulaire	
Adresse courriel			Allergies alimentaires ou autres		
Carte de santé					
No. Carte		Version		Date d'expiration jj / mm / aaaa	
Numéro d'immigration IUC (si cela s'applique)					
En cas d'urgence					
Personne à contacter		Lien de parenté		Téléphone 1	Téléphone 2
Pharmacie					
Nom de votre pharmacie		Ville		Téléphone	Télécopieur
Assurance					
Plan d'assurance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Nom de la compagnie d'assurance		

Renseignements sociodémographiques – section obligatoire

Socio-économique

Identité sexuelle :

- Homme
- Femme
- Intersexué
- Transsexuel – de femme à homme
- Transsexuel – d’homme à femme
- Bispirituel
- Autre (préciser) _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Orientation sexuelle :

- Bisexuel
- Homosexuel
- Hétérosexuel
- Lesbienne
- Allosexuel
- Bispirituel
- Autre (préciser) _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Niveau de scolarité le plus élevé atteint :

- Trop jeune pour l’achèvement primaire
- Primaire (de 1^{ère} à 8^e année)
- Secondaire ou équivalent
- Collège
- Université (baccalauréat)
- Études post-universitaires
- Sans éducation formelle
- Autre (préciser) _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Revenus annuels total du ménage :

- 0\$ à 14 999\$
- de 15 000\$ à 19 999\$
- de 20 000\$ à 24 999\$
- de 25 000\$ à 29 999\$
- de 30 000\$ à 34 999\$
- de 35 000\$ à 39 999\$
- de 40 000\$ à 59 999\$
- de 60 000\$ à 89 999\$
- de 90 000\$ à 119 999\$
- de 120 000\$ à 149 999\$
- de 150 000\$ ou plus
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Personnes soutenues par le revenu : _____

- Préfère ne pas répondre

Composition actuelle du ménage :

- Couple avec enfant(s)
- Couple sans enfant
- Membre unique
- Grands-parents avec petit(s)-enfant(s)
- Famille étendue
- Colocataire non apparenté
- Frères/sœurs
- Famille monoparentale
- Autres (préciser) _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Statut d’itinérance :

- Pas itinérant
- Itinérant/sans adresse
- Refuge
- Autre abri temporaire

Langue

Langue parlée (préférée)

- Français
 Anglais
 Autre :

Langue maternelle :

- Français
 Anglais
 Autre :

Langue officielle du Canada :

- Français
 Anglais

(si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, quelle langue officielle du Canada préférez-vous?)

- Autre :

Autres langues parlées :

Interprète requis pour les rendez-vous : Oui Non

Antécédents personnelles

Groupe racial ou ethnique :

- Asiatique – de l'Est
 Asiatique – du Sud
 Asiatique – du Sud-Est
 Noir – africain
 Noir – des Caraïbes
 Noir – Amérique du Nord
 Premières Nations
 Indien – des Caraïbes
 Autochtone
 Inuit
 Latino-Américain
 Métis
 Moyen-oriental
 Blanc – Europe
 Blanc – Amérique du Nord
 Origines mixtes
 Autre (préciser)
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Pays d'origine :

- Canada
 Autres pays : _____

Date/année d'arrivée au Canada : _____

Religion :

- Catholique
 Protestant
 Chrétien orthodoxe
 Chrétien
 Musulman
 Juif
 Bouddhiste
 Mennonite
 Hindou
 Sikh
 Religions orientales
 Sans affiliation religieuse
 Autre (préciser) _____
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre.....

Invalidité

- Aucune
- Maladie chronique
- Déficience développementale
- Pharmacodépendance ou dépendance....
- Trouble d'apprentissage
- Trouble mental

- Incapacité physique
- Déficience sensorielle
- Autre :
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Bien-être

Quel est votre **sentiment d'appartenance à votre communauté?** (*le sentiment d'appartenance, c'est l'impression de faire partie de quelque chose, d'avoir tissé des liens et d'être accepté*) :

- Très fort Un peu fort Un peu faible Très faible Ne sais pas Préfère ne pas répondre

En général, diriez-vous que **vosre santé physique est** :

- Excellente Très bien Bien Juste Mauvaise santé Ne sais pas Préfère ne pas répondre

En général, diriez-vous que **vosre santé mentale est** :

- Excellente Très bien Bien Juste Mauvaise santé Ne sais pas Préfère ne pas répondre

Le CSCGS s'engage à repérer, éliminer et prévenir les obstacles à l'accessibilité à nos programmes et services pour les personnes handicapées

Veuillez indiquer si vous avez des besoins spéciaux :

- Personne sourde / déficience auditive Déficience intellectuelle / trouble de développement
- Trouble de santé mentale Handicap physique / déficience motrice
- Difficulté d'élocution / langage Déficience visuelle
- Animal d'assistance Difficulté à lire et à écrire Autre : _____

Consentement pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels de la clientèle

Le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS) reconnaît l'importance de protéger vos renseignements personnels et s'engage à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels d'une façon honnête et légale en intégrant de bonnes pratiques de protection des renseignements personnels, y compris les renseignements confiés à une tierce partie.

Le CSCGS recueille, utilise et divulgue des renseignements afin de :

- fournir et gérer des services de soins de santé primaires sécuritaires;
- établir et assurer des services de santé continus et efficaces;
- communiquer avec d'autres fournisseurs de services (avec votre approbation);
- fournir des services communautaires et de promotion de la santé;
- informer certains organismes de financement comme le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario et les réseaux locaux d'intégration du système de santé dans le but de contribuer à la

planification et à la gestion du système de soins de santé;

- évaluer et planifier vos besoins en matière de santé;
- établir et maintenir la communication avec vous;
- gérer les opérations administratives du CSCGS;
- participer à la recherche pour améliorer la qualité des services de santé ou utiliser les données recueillies à des fins de recherches précises;
- répondre à tout autre objectif permis ou exigé par la Loi (par exemple déclaration des maladies infectieuses à Santé publique).

Vous reconnaissez avoir donné un consentement éclairé quant à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels pour les raisons énumérées ci-dessus. Si un nouveau motif d'utilisation ou de divulgation de vos renseignements personnels apparaît, nous vous avertirons et nous vous demanderons votre approbation au préalable.

Vous pouvez demander de voir et d'apporter des changements à vos renseignements personnels sur la santé. Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels en tout temps sur avis; le CSCGS vous expliquera, à ce moment, la façon de le faire et les répercussions de cette décision.

Veillez noter que les dossiers des adultes sont détruits après dix (10) ans d'inactivité.

J'atteste que j'ai reçu une orientation au niveau des services et des programmes offerts au CSCGS.

Signature

Date

Renseignements personnels		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Afin de nous aider à mieux vous servir et à faciliter la collecte de données, veuillez s.v.p. répondre de façon précise aux questions suivantes. Si vous avez des questions, vous aurez la chance de les poser lors de la première visite.

Avez-vous une « Ordonnance de ne pas réanimer/Do Not Resuscitate (DNR) »?

Oui Non

Avez-vous une « Procuration relative aux soins de la personne/Power of Attorney for Personal Care »?

Oui Non

Autres documents légaux pertinents?

Oui Non

(Si oui, nous faire parvenir des copies pour votre dossier)

Antécédents familiaux

Père : (Nom, date de naissance/décès, problèmes de santé) _____

Mère : (Nom, date de naissance/décès, problèmes de santé) _____

Frères et sœurs : (combien? Nom(s), date(s) de naissance, problèmes de santé) _____

Enfants : (combien? Nom(s), date(s) de naissance, problèmes de santé) _____

Grands-parents paternels : (date(s) de naissance, âge du décès (si cela s'applique), problèmes de santé) _____

Grands-parents maternels : (date(s) de naissance, âge du décès (si cela s'applique), problèmes de santé) _____

Autres antécédents familiaux : _____

Problèmes de santé actuels

Indiquez avec un crochet ceux qui s'appliquent à votre santé et indiquez la date de début :

Arthrite rhumatoïde/ostéoarthrite/ostéoporose _____

Problèmes respiratoires (i.e. asthme, bronchite chronique, COPD, etc.) _____

Cancer (type) _____

Santé mentale (i.e. dépression, anxiété, troubles d'attention (ADHD), etc.) _____

-
- Diabète _____
 - Fibromyalgie _____
 - Hypertension (tension artérielle élevée/haute pression) _____
 - Problèmes cardiaques (i.e. crise cardiaque, angine, problème de valve, etc.) _____
-
- Problèmes musculo-squelettiques (i.e. mal de dos, genoux, hanche, épaules, etc.) _____
-
- Besoins spéciaux (précisez) : _____
 - Autres (précisez) : _____
-

Antécédents médicaux/chirurgicaux/obstétricaux

S.V.P. inclure la date de l'évènement

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appendicectomie _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomie _____ |
| <input type="checkbox"/> Amygdalectomie _____ | <input type="checkbox"/> Pontage coronarien (<i>cardiac bypass</i>) _____ |
| <input type="checkbox"/> Cholécystectomie _____ | <input type="checkbox"/> Remplacement de la valve aortique _____ |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie _____ | <input type="checkbox"/> Angioplastie (<i>stent</i>) _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastectomie _____ | <input type="checkbox"/> Pacemaker _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataracte _____ | <input type="checkbox"/> Hernie _____ |
| <input type="checkbox"/> Césarienne _____ | <input type="checkbox"/> Biopsie _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique (genoux, hanche, autres) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autres chirurgies, hospitalisation (i.e. accidents, maladies, traitements, chutes, etc. – précisez): | |

Femmes

- _____ Nombre d'accouchements à terme (après 37 semaines)
- _____ Nombre d'accouchements prématurés (> 20 et < 37 semaines)
- _____ Nombre d'avortements ou de fausses couches
- _____ Nombre d'enfants vivants

Complications lors de la grossesse ou de l'accouchement?

Allergies (Aux médicaments, dans l'environnement, aux aliments, etc.)

Allergène	Date de la première réaction	Symptômes de la réaction allergique (Que se passe-t-il quand vous êtes en contact avec l'allergène)

Immunisation

S.V.P. nous faire parvenir une copie de votre carnet d'immunisation

La date de votre dernier vaccin :

Tétanos : _____ La grippe (flu shot) : _____ Pneumovax : _____

Hépatite A ou B : _____ Shingrix/Zostavax : _____

Médicaments, crèmes, gouttes, produits naturels, vitamines

Nom du médicament	À quel moment de la journée est-ce que vous le prenez et à quelle dose (ex : 50 mg matin et soir)

Facteurs de risque

Tabac

Jamais fumé Ancien fumeur Fumeur actuel : nombre de cigarettes par jour _____

Alcool

Non-buveur Buveur occasionnel Buveur régulier :

Nombre de consommations par semaine _____

Type d'alcool : Bière Vin Spiritueux

Drogues

Aucune drogue à usage récréatif actuellement

Type de drogue	Usage passé	Usage actuel
Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stupéfiants (i.e. héroïne, Oxycodone, fentanyl, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes (i.e. LSD, MDMA, PCP, champignons hallucinogènes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usage passé/actuel de drogue(s) intraveineuse(s)

Exercice

Mode de vie sédentaire

Exercice : vigoureux

modéré

léger

Exercice : _____
(exemple : yoga, marche, etc.)

Exercice : _____

Exercice : _____

Minutes/session : _____

Minutes/session : _____

Minutes/session : _____

Sessions/semaine : _____

Sessions/semaine : _____

Sessions/semaine : _____

Autres : _____

Dépistage de cancer

Test de dépistage	Date	À quelle clinique?	Résultat
Test de papanicolaou (PAP test)			
Mammographie			
Colonoscopie			
Recherche pour le sang dans les selles (FIT or FOBT)			

Êtes-vous présentement suivi par un médecin ou une infirmière praticienne? Oui Non

Si oui, quel est son nom? _____

Êtes-vous présentement suivi par un autre praticien de médecine alternative? (chiropraticien, physiothérapeute, massothérapeute, naturopathe, acupuncteur, reiki, etc.)

Oui Non

Si oui, quel est son nom et quel est son domaine de pratique : _____

Êtes-vous suivi par un spécialiste :

Nom du spécialiste _____ Présentement Dans le passé

Raison _____

Nom du spécialiste _____ Présentement Dans le passé

Raison _____

Signature _____

Date _____

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont utilisés conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.



Centre de
santé communautaire
du Grand Sudbury

NOTRE MISSION

Le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury œuvre à améliorer, maintenir et rétablir la santé et le bien-être de tous les francophones.



NOTRE PHILOSOPHIE

En tant que client du Centre de santé communautaire du Grand Sudbury vous pourrez rencontrer, au besoin, et selon la disponibilité, les différents membres de l'équipe multidisciplinaire, tels que: médecin, infirmière praticienne, infirmière autorisée, diététiste/nutritionniste, travailleuse sociale, promotrice de la santé, coordonnatrice en développement communautaire et autre.

La santé n'est pas seulement une affaire individuelle mais elle est aussi influencée par notre milieu. Un système de santé universel de haute qualité est essentiel mais n'est pas suffisant pour garantir la santé de la population. C'est pour cela que la programmation communautaire offre des activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de prise en charge de la santé.

Nos objectifs sont d'améliorer les facteurs qui ont une influence sur la santé tels qu'un revenu adéquat, une éducation, les comportements sains, la sécurité alimentaire, le logement, l'éducation, le support social, le poids à la naissance, le contrôle sur notre vie personnelle, etc. Les programmes communautaires visent l'intégration des différents groupes d'âge à travailler ensemble pour améliorer la santé individuelle ainsi que collective.

Étant un organisme qui favorise l'enseignement et l'apprentissage par l'entremise des stages pratiques, des stagiaires de divers programmes éducatifs peuvent faire partie de l'équipe multidisciplinaire du Centre de santé. Toutefois, vous avez le droit de refuser la participation de stagiaires à vos services de santé.

Les membres de l'équipe qui vous offrent des services ont accès à votre dossier et doivent faire des statistiques selon les exigences du Ministère.

J'atteste avoir pris connaissance et reconnais les implications liées à cette information.

Client

Date

Témoin

Date