

Formulaire d'accès direct aux services de réadaptation

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SONT RECUEILLIS EN VERTU DE LA LOI SUR LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DES TNO, ET NE SERONT PAS UTILISÉS NI DIVULGUÉS, À MOINS QUE CETTE LOI OU TOUTE AUTRE LOI NE L'AUTORISE OU NE L'OBLIGE.

Quel service voulez-vous consulter?			<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie
			<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie
Nom de famille		Prénom		Second prénom
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> X		
Adresse (numéro, rue, collectivité, province ou territoire, code postal)				N° de tél. : Jour :
Nom du parent ou du tuteur (s'il y a lieu)				Cellulaire ou autre :
Langue parlée		Avez-vous besoin d'un interprète?		N° d'assurance-maladie
Médecin de famille		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Autre n° d'identification (s'il y a lieu)
Veillez décrire votre blessure ou votre problème de santé et son incidence sur votre quotidien (sommeil, mobilité, communications, loisirs) : 				
Depuis combien de temps est-ce que vous ou votre enfant souffrez de cette blessure ou de ce problème de santé?				
Votre enfant manque-t-il l'école ou vous absentez-vous du travail à cause de cette blessure ou de ce problème de santé? <input type="checkbox"/> Oui – Depuis combien de temps? _____ <input type="checkbox"/> Non				
Ce problème de santé est-il lié à un accident du travail? <input type="checkbox"/> Oui – N° de réclamation de la CSTIT : _____ <input type="checkbox"/> Non				
S'il est question d'un test d'audition, fait-il partie d'un examen médical courant au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une intervention chirurgicale à cause de ce problème de santé? <input type="checkbox"/> Oui – Pour quelle raison? _____ <input type="checkbox"/> Non				
Utilisez-vous l'un des éléments suivants en raison de votre problème de santé?				
<input type="checkbox"/> prothèses auditives		<input type="checkbox"/> aide à la mobilité (béquilles, canne, déambulateur ou fauteuil roulant)		
<input type="checkbox"/> attelles		<input type="checkbox"/> orthèses		



Administration des services de
santé et des services sociaux

DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Étiquette du patient

Y a-t-il d'autres problèmes de santé connexes dont vous ou votre enfant souffrez et dont nous devrions prendre connaissance? Si vous éprouvez des étourdissements, des picotements, des pertes de sensations ou de fonctions intestinales ou vésicales, veuillez consulter immédiatement votre médecin.

Avez-vous déjà consulté par rapport à ce problème de santé?

Signature du parent ou du tuteur

Date

Si vous n'y arrivez pas, soumettez votre formulaire à : sth_rehab@gov.nt.ca

ATTENTION : Si vous habitez à Fort Smith, à Hay River ou dans les régions de Beaufort-Delta ou du Sahtú, veuillez soumettre votre formulaire dûment rempli à la réception de votre hôpital ou centre de santé.