



FORMULAIRE D'INSCRIPTION ADULTE (14 ANS ET PLUS) – SOINS PRIMAIRES

Renseignements personnels – section obligatoire					
<i>Veuillez inscrire le nom tel qu'il apparaît sur la carte santé</i>					
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 de travail		Téléphone cellulaire	
Adresse courriel : _____ CSCT utilise le courriel électronique pour envoyer certaine communication. Vous allez recevoir un consentement suite at votre enregistrement.					
Carte de santé					
No. Carte		Version		Date d'expiration jj / mm / aaaa	
En cas d'urgence					
Personne à contacter		Lien de parenté		Téléphone 1	Téléphone 2
Pharmacie					
Nom de votre pharmacie			Ville		
Assurance					
Plan d'assurance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Nom de la compagnie d'assurance		

CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE TIMMINS SOINS PRIMAIRES 1500 promenade Riverside, Unité 58 Timmins, ON, P4R 1A1 (Timmins Square) TÉLÉPHONE : 705-269-2728 FAX: 705-269-2729	
<u>Heures de bureau</u> Lundi au vendredi 9h à 12h - 13h à 16h	<u>Services téléphoniques</u> Lundi au jeudi 9h à 12h - 13h à 15h00 Vendredi 9h à 12h

Renseignent sociodémographiques – section obligatoire

Socio-économique

Identité sexuelle :	Orientation Sexuelle :
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Intersexué <input type="checkbox"/> Transsexuel – de femme à homme <input type="checkbox"/> Transsexuel – d’homme à femme <input type="checkbox"/> Bispirituel <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> Bisexuel <input type="checkbox"/> Homosexuel <input type="checkbox"/> Hétérosexuel <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Allosexuel <input type="checkbox"/> Bispirituel <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Niveau de scolarité le plus élevé atteint :	Revenus annuels total familiale :
<input type="checkbox"/> Trop jeune pour l’achèvement primaire <input type="checkbox"/> Primaire (de 1 ^{ère} à 8 ^e année) <input type="checkbox"/> Secondaire ou équivalent <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Université (baccalauréat) <input type="checkbox"/> Études post-universitaires <input type="checkbox"/> Sans éducation formelle <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> 0\$ à 14 999\$ <input type="checkbox"/> 15 000\$ à 19 999\$ <input type="checkbox"/> 20 000\$ à 24 999\$ <input type="checkbox"/> 25 000\$ à 29 999\$ <input type="checkbox"/> 30 000\$ à 34 999\$ <input type="checkbox"/> 35 000\$ à 39 999\$ <input type="checkbox"/> 40 000\$ à 59 999\$ <input type="checkbox"/> 60 000\$ à 89 999\$ <input type="checkbox"/> 90 000\$ à 119 999\$ <input type="checkbox"/> 120 000\$ à 149 999\$ <input type="checkbox"/> 150 000\$ ou plus <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Personnes soutenues par le revenu : _____	Composition du ménage (sous le même toit) :
<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Statut d’itinérance : <input type="checkbox"/> Pas itinérant <input type="checkbox"/> Itinérant/sans adresse <input type="checkbox"/> Refuge (maison sans abri) <input type="checkbox"/> Autre abri temporaire	<input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Couple sans enfant <input type="checkbox"/> Membre unique <input type="checkbox"/> Grands-parents avec petit(s)-enfant(s) <input type="checkbox"/> Famille étendue <input type="checkbox"/> Colocataire non apparenté <input type="checkbox"/> Frères/sœurs <input type="checkbox"/> Famille monoparentale <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

Langue	
Langue parlée (préférée) <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	Langue maternelle : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____
Langue officielle du Canada : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais (si votre langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais, quelle langue officielle du Canada préférez-vous?)	Autres langues parlées : _____ _____ _____
Interprète requis pour les rendez-vous : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antécédents personnelles	
Groupe racial ou ethnique : <input type="checkbox"/> Asiatique – d'Est <input type="checkbox"/> Asiatique – du Sud <input type="checkbox"/> Asiatique – du Sud-Est <input type="checkbox"/> Noir - Africain <input type="checkbox"/> Noir – des Caraïbes <input type="checkbox"/> Noir – Amérique du Nord <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Indien – des Caraïbes <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Latino-Américain <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Moyen-oriental <input type="checkbox"/> Blanc - Europe <input type="checkbox"/> Blanc – Amérique du Nord <input type="checkbox"/> Origines mixtes <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	Pays d'origine : <input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> Autres pays (Précisez) : _____ Date/année d'arrivée au Canada : _____ Religion : <input type="checkbox"/> Catholique <input type="checkbox"/> Protestant <input type="checkbox"/> Chrétien orthodoxe <input type="checkbox"/> Chrétien <input type="checkbox"/> Musulman <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Bouddhiste <input type="checkbox"/> Mennonite <input type="checkbox"/> Hindou <input type="checkbox"/> Sikh <input type="checkbox"/> Religions orientales <input type="checkbox"/> Sans affiliation religieuse <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

Invalidité

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Incapacité physique |
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique | <input type="checkbox"/> Déficience sensorielle |
| <input type="checkbox"/> Déficience développementale | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Trouble en santé mental | |

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*) :

- | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très fort | <input type="checkbox"/> | Un peu fort | <input type="checkbox"/> | Un peu faible | <input type="checkbox"/> | Très faible | <input type="checkbox"/> | Ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Préfère ne pas répondre |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|

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

- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Excellente | <input type="checkbox"/> | Très bien | <input type="checkbox"/> | Bien | <input type="checkbox"/> | Juste | <input type="checkbox"/> | Mauvaise santé | <input type="checkbox"/> | Ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Préfère ne pas répondre |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|

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

- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Excellente | <input type="checkbox"/> | Très bien | <input type="checkbox"/> | Bien | <input type="checkbox"/> | Juste | <input type="checkbox"/> | Mauvaise santé | <input type="checkbox"/> | Ne sais pas | <input type="checkbox"/> | Préfère ne pas répondre |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|

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

Veillez indiquer si vous avez des **besoins spéciaux** :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personne sourde/déficience auditive | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle/trouble de développement |
| <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale | <input type="checkbox"/> Handicap physique / déficience motrice |
| <input type="checkbox"/> Difficulté d'élocution/langage | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> Animal d'assistance | <input type="checkbox"/> Difficulté à lire et à écrire |



FORMULAIRE DE SANTÉ PERSONNELLE – ADULTE (14 ANS ET PLUS)

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj/mm/aaaa
Nom de votre dernier médecin ou infirmier praticien :		Date approximative du dernier rendez-vous :
Grandeur (cm ou pouces) :	Poids (lb ou kg) :	
SANTÉ PERSONNELLE		

Problèmes de santé actuels ou historique (cochez tous ceux qui s'appliquent à vous) :		
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral ACV (Stroke)	<input type="checkbox"/> Emphysème ou COPD	<input type="checkbox"/> Troubles de santé mentale
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Test de TB positif
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire (Afib)	<input type="checkbox"/> Trouble d'hyperactivité/déficit de l'attention
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Haut cholestérol	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Troubles de circulation
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Hépatite	<input type="checkbox"/> Troubles de mémoire (démence)
<input type="checkbox"/> Caillots de sang	<input type="checkbox"/> Migraines	<input type="checkbox"/> Trouble sanguin
<input type="checkbox"/> Dépendance à la drogue ou à l'alcool	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Varicelle en enfance
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Polype du colon	<input type="checkbox"/> Zona (shingles)
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Problème de foie	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Diverticule de l'intestin	<input type="checkbox"/> Problème de prostate	
<input type="checkbox"/> Cancer – Type : _____	<input type="checkbox"/> Problème de reins	
	<input type="checkbox"/> Problème de thyroïde	
Êtes-vous suivi par un spécialiste?		
Nom du spécialiste : _____	<input type="checkbox"/> Présentement	<input type="checkbox"/> Dans le passé
Raison : _____		
Nom du spécialiste : _____	<input type="checkbox"/> Présentement	<input type="checkbox"/> Dans le passé
Raison : _____		

Chirurgies ou hospitalisations		
Type de chirurgie ou raison de l'hospitalisation	Année	Hôpital

Antécédents obstétricaux : (inclure le nombre, s'il y a lieu)	
Combien de grossesses :	Accouchements à terme (après 37 semaines) :
Fausse(s) couche(s) :	Accouchements prématurés (avant 37 semaines) :
Avortement(s) :	Enfants vivants à la naissance :
Complications :	

Immunisations :	S.V.P nous faire parvenir une copie de votre carnet d'immunisation		
Inclure la date ou l'âge approx.	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Grippe (flu shot)	<input type="checkbox"/> Gardasil (HPV)
	<input type="checkbox"/> Pneumovax	<input type="checkbox"/> Shingrix/Zostavax	<input type="checkbox"/> Hépatite A/B
	<input type="checkbox"/> Covid 19	Type : _____	

Médicaments : (inclure gouttes et crèmes prescrites)		
Si vous prenez plusieurs médicaments ou des narcotiques, s.v.p. nous faire parvenir une liste de la pharmacie avec votre questionnaire au lieu de remplir cette section		
Nom	Dose	Combien de fois par jour
Médicaments non prescrits tels que vitamines, suppléments naturels, antidouleurs, etc.		

Allergies : (médicaments, latex ou aliments)	
Nom	Réaction

HABITUDES DE VIE

Exercice	Faites-vous de l'exercice régulièrement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quels types?

Tabac	Fumez-vous la cigarette ou la cigarette électronique (vaping)?	<input type="checkbox"/> Jamais fumé	<input type="checkbox"/> Ancien fumeur	
		<input type="checkbox"/> Fumeur actuel	Nombre de paquet(s) /jour : _____	Nombre d'années : _____
	Autres types de tabac	<input type="checkbox"/> Pipe	<input type="checkbox"/> Cigares	<input type="checkbox"/> Tabac à mâcher

Alcool	Buvez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/> Régulièrement
	Si régulièrement, combien de verres par semaine?

Drogues	Avez-vous pris des drogues récréatives au courant des 2 dernières années? (Incluant de la marijuana)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Avez-vous déjà pris des drogues récréatives avec une aiguille?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

PRÉVENTION

Dépistage du cancer			
Test de dépistage	Année	Résultat	
Cancer du col de l'utérus – test de Papanicolaou (Pap Test)		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cancer du sein - Mammographie		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cancer du côlon – recherche pour le sang dans les selles (FIT)		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cancer du côlon – Colonoscopie		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

Évaluations de la santé	
	Année
Visite au dentiste	
Examen de vision	
Prise sanguine (dépistage du diabète et cholestérol)	
Éducation en diabète (spécifier l'agence) :	
Appui en santé mentale (spécifier l'agence)	
Autre évaluation routinière (spécifier):	

Objectifs de santé personnelle
Y a-t-il des changements que vous aimeriez faire dans votre vie au niveau de votre santé et votre bien-être? Si oui, lesquels?
Quels changements avez-vous faits jusqu'à présent? (Si cela s'applique)
Avez-vous besoin d'appui pour atteindre certains de vos objectifs de santé personnelle?
Quels sont les obstacles qui vous empêchent d'améliorer votre santé et votre bien-être?

Antécédents familiaux			
Membres de la famille		Âge	Problèmes de santé (exemples) : diabète, haute pression, haut cholestérol, troubles cardiaques, ACV (stroke), Cancer (type), trouble de santé mentale, etc.
Mère	<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée		
Père	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé		
Grand-mère maternelle	<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée		
Grand-père maternel	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé		
Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée		
Grand-père paternel	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé		
Enfants	<input type="checkbox"/> ___ Garçons <input type="checkbox"/> ___ Filles		
Fratrie	<input type="checkbox"/> ___ Frères <input type="checkbox"/> ___ Sœurs		

Pensez à l'avenir		
		Commentaires
Avez-vous désigné quelqu'un qui sera votre procureur relatif à vos soins personnels (Power of Attorney for Personal Care)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous ne pouviez prendre des décisions au sujet de vos finances ou de vos soins médicaux, à qui feriez-vous confiance à prendre ces décisions pour vous?	Nom de la personne : _____ Relation à vous : _____ Adresse : _____ # de téléphone : _____	
Avez-vous établi des directives préalables (advanced directives) au sujet de la réanimation cardiaque, la ventilation mécanique, ou autres interventions que votre médecin devrait connaître?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



GUIDE D'ORIENTATION

1. Éligibilité

- Compréhension à lire et à écrire en français (ex. : consentement)
- Advenant que le client soit unilingue, pour être éligible à nos services, il ou elle doit avoir un lien avec un membre de la famille immédiate (partenaire ou enfant) d'un client ou d'une cliente déjà inscrite avec le CSCTimmins.

2. Devenir client

- Soyez avisé que vous devenez un client du CSCTimmins et non un client d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécifique.
- Accès à tous les intervenants interdisciplinaires (infirmière autorisée, diététiste, travailleuse sociale) pour la continuité des soins au besoin. Cela permet d'augmenter l'accessibilité de nos services et ce modèle est mis en pratique pour mieux desservir notre clientèle et leur besoin identifié.

3. Équipe interdisciplinaire

- Le client(e) du CSCTimmins aura accès à tous les services offerts en français dans la clinique des soins primaires ainsi que les activités communautaires.
- Si vous n'êtes pas client(e) des services de soins primaires, vous avez encore accès aux programmes, activités et ateliers communautaires.

4. Rendez-vous

- Vous devez communiquer avec le bureau et donner un préavis de 24 heures si vous devez annuler votre rendez-vous avec tous les services.
- Si vous accusez un retard de 15 minutes ou plus à votre rendez-vous prévu, votre rendez-vous va être annulé et considéré un «no show».
- Après le 3^e rendez-vous manqué sans notification, une lettre d'avis vous sera acheminée par la poste. S'il n'y a aucune correspondance, votre dossier sera fermé. Lorsque votre dossier est fermé et vous choisissez de communiquer avec nous pour des services, votre nom sera remis sur la liste d'attente.

5. Renouvellement de prescription

- Vous devez communiquer avec votre pharmacie **1 à 2 semaines** avant l'épuisement de vos médicaments.

J'atteste avoir fait la lecture et la prise de connaissance du guide d'orientation ainsi que la procédure énumérée. J'accepte la responsabilité des termes indiqués ci-dessus étant client du Centre de santé communautaire de Timmins et comprends ce que ce guide stipule.

Signature _____

Date _____

**CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DE
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE LA CLIENTÈLE**

Le Centre de santé communautaire de Timmins (CSCT) 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 CSCT 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 consentement);
- 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 CSCT;
- 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 au bureau de la 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 consentement 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 CSCT 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 CSCT.

Signature _____

Date _____