



FORMULAIRE D'INSCRIPTION ENFANT (0 À 14 ANS) – SOINS PRIMAIRES

Renseignements personnels – section obligatoire					
<i>Veillez 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		
Nom d'un parent/adulte responsable :			Allergies alimentaires ou autres		
Adresse courriel du parent responsable : _____ 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

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 – ENFANT (0 À 13ANS)

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) :

SITUATION FAMILIALE

État civil des parents : Célibataires Union de fait/mariés Séparés/Divorcés Remariés
 L'enfant habite avec : Les deux parents Mère principalement Père principalement Garde partagée
 Autres, veuillez spécifier : _____
 Y a-t-il quelqu'un qui fume dans la maison : Non Oui : qui? _____
 L'enfant suit-il- une diète spéciale? Non Oui : laquelle? _____
 Va-t-il à la garderie : Non Oui : laquelle? _____

SANTÉ PERSONNELLE

Historique de naissance (à compléter si l'enfant a moins de 2 ans)

Poids à la naissance : _____ Longueur : _____
 Naissance : Vaginale Césarienne
 Complications lors de la grossesse ou de l'accouchement?

Problèmes de santé actuels ou dans le passé

Est-ce que votre enfant a été diagnostiqué avec un problème de santé physique ou de santé mentale (exemples : anxiété, trouble du déficit d'attention, etc.?) Si ou, lesquels?

Avez-vous des inquiétudes au sujet de son développement : Non Oui

Est-il suivi par un spécialiste ou pédiatre :
 Nom du spécialiste _____ Présentement Dans le passé
 Raison(s) _____

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

Immunisations : S.V.P nous faire parvenir une copie de son carnet d'immunisation

Médicaments : (inclure gouttes et crèmes prescrites)		
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	Est-ce que votre enfant fait de l'exercice régulièrement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quels types?
-----------------	---

PRÉVENTION

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		
Fratrie	<input type="checkbox"/> ___ Frères <input type="checkbox"/> ___ Sœurs		

Avez-vous d'autres informations pertinentes à nous partager au sujet de la santé de votre enfant? Vous pouvez aussi nous en parler lors de votre première visite.

Signature d'un parent : _____

Date _____



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 d'un parent : _____

Date _____

Nom imprimé _____



**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.

Veuillez 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 d'un parent : _____

Date _____

Nom imprimé : _____