

# RÉADAPTATION

## EN DÉFICIENCE VISUELLE<sup>MC</sup> CANADA

### Formulaire d'auto-aiguillage ou d'aiguillage communautaire

Nous vous remercions d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Que vous fassiez un auto-aiguillage, ou un aiguillage pour un client ou pour une personne qui vous est chère, nous sommes là pour vous offrir notre soutien.

Nous vous encourageons à remplir tous les champs de ce formulaire afin que nous puissions élaborer le meilleur plan de réadaptation possible.

**Veillez envoyer ce formulaire rempli par télécopieur au 1-844-268-7294.**

**\*indique tous les champs obligatoires**

#### Renseignements sur la personne

*Date d'aiguillage	
No de carte d'assurance-maladie de la personne	
*Nom et prénom officiel de la personne	
*Adresse de la personne 1	
Adresse de la personne 2	
*Ville de la personne	
*Province de la personne	
*Code postal de la personne	
*No de téléphone de la personne (jour ou cellulaire)	
*Date de naissance de la personne (AAAA-MM-JJ)	

#### 1 \*Comment la perte de vision de la personne a-t-elle un impact sur sa qualité de vie?

Sécurité - Avez-vous fait une chute dernièrement, au cours des 3 derniers mois, en raison de votre perte de vision?  Oui  Non

Vous êtes-vous brûlé à cause de votre perte de vision?  Oui  Non

Emploi/études - Risquez-vous de perdre votre emploi en raison de votre perte de vision?  Oui  Non

Risquez-vous d'échouer dans vos études à cause de votre perte de vision?  Oui  Non

Vie quotidienne - Avez-vous pris le mauvais médicament à cause de votre perte de vision?  Oui  Non

Autre raison de l'aiguillage:

**2** \*Y a-t-il eu une visite chez l'ophtalmologue au cours de l'année dernière?

Oui

Non

Diagnostique :

Nom de l'ophtalmologue :

**3** \*La personne se trouve-t-elle actuellement dans un hôpital ou un établissement de réadaptation?

Oui

Non

**4** Si oui, cet aiguillage fait-il partie du plan de congé de l'hôpital?

Oui

Non

**5** Des informations d'évaluation supplémentaires accompagnent-elles cet aiguillage?

Instrument international d'évaluation des résidents/ Soins à domicile/ Formulaire d'évaluation de la santé en milieu communautaire

Évaluation des soins de santé

Non

Autre :

**6** \*La langue préférée de la personne :

Anglais

Autre (veuillez préciser) :

Français

Consentement

**7** \*La personne a-t-elle été informée de cet aiguillage et a-t-elle donné son consentement?

Non

Oui

Date à laquelle le consentement a été donné (JJ/MM/AA) :

Si le consentement a été donné par une personne autre que la personne aiguillée :

Nom de l'autre personne à contacter :

Relation :

Numéro de téléphone en journée :

## Information sur l'agence d'aiguillage

\*Aiguillage effectué par :

Agence/Travailleur

Auto-aiguillage

Aiguillage de la famille

\*Nom de la personne qui fait l'aiguillage :

\*Organisation/Relation :

N° de téléphone :