



Opération médecin de famille - Formulaire d'aiguillage familial
Centre de ressources pour les familles des militaires – Région de la capitale nationale

Veillez prendre note que les familles de membre des FAC ainsi que les membres des FAC en voie de transition et leurs familles sont admissibles.

1. Nom du patient : _____ DDN : _____
 Nom du patient : _____ DDN: _____
 Nom du patient : _____ DDN: _____
 Nom du patient : _____ DDN: _____
 Nom du patient : _____ DDN : _____

2. Numéro de téléphone : _____

3. Courriel : _____
 J'accepte d'être contacté par courriel et de recevoir par courriel le nom et les coordonnées de la clinique. Je comprends les limites de confidentialité associées avec les communications par courrier électronique : Le courrier électronique ne protège pas les informations personnelles sur la santé

4. Préférence quant au langue de service: Anglais Français Autre _____

5. Province de résidence : Ontario Québec Autre _____

6. Address complète (Veillez inclure votre code postal) : _____

7. A des fins de vérifications pour l'admissibilité de ce programme, S.V.P. fournir ces informations :

Nom du membre des FAC : _____

Grade du membre des FAC : _____

Matricule du membre des FAC : _____

8. Statut actuel du membre des FAC : En service actif Á la retraite En voie de libération

9. Veuillez indiquer comment vous avez entendu parler du programme OMF:

Employé du CRFM RCN Site Web ConnexionFAC Médias sociaux du CRFM RCN

Autre CRFM AAC C scvs S FC Unité Membre de la communauté Section des libérations

Autres médias sociaux Autre: _____

10. Formulaire soumis par : _____ Date soumis: _____

Note: Assurez-vous d'informer votre médecin lorsque vous changez de clinique, puisque d'autres familles peuvent être en attente pour de l'aide médicale. **Consentement:** En soumettant le formulaire complété « Opération médecin de famille - Formulaire d'aiguillage familial », vous et les individus inscrits ci-dessus, consentez à la collecte, l'entreposage l'utilisation et la divulgation des informations contenues dans ce formulaire par le programme « Opération médecin de famille » du Centre de ressources pour les familles des militaires de la Région de la capitale nationale. Vous consentez également à la divulgation de ces renseignements à un médecin en Ontario et au Québec dans le but d'obtenir une consultation. L'avis complet de confidentialité de « Opération médecin de famille » est disponible sur le site suivant : <http://connexionfac.ca/rcn/omf>. Les mineurs de moins de 14 ans doivent avoir le consentement de leurs parents/tuteurs, à moins d'une évaluation du coordonnateur de programme. En initiant la communication par courrier électronique, vous consentez aux communications électroniques, le minimum de renseignements personnels sur la santé sera transmis par OMF dans les courriels, mais **le courrier électronique ne protège pas les renseignements personnels sur la santé.** **Renoncation :** CRFM RCN n'est pas impliqué dans la relation patient-médecin après la présentation.