



Opération médecin de famille – Formulaire d’aiguillage du client

Veillez noter que les personnes à charge de membre des FAC ainsi que les membres des FAC en voie de libération / sortie dans les trois dernières années et leurs personnes à charge sont admissibles.

SVP complétez un formulaire par membre de la famille. Tout client âgé de 14 ans et plus doit individuellement remplir et signer le consentement de partage de l’information.

1. Nom du client: _____ Âge: _____ Date de naissance (d/m/a) _____
2. Nom d’un parent ou tuteur (si le patient a moins que 14 ans): _____
Si entre 14-18 ans, j’autorise l’OMF à communiquer avec mon parent / tuteur? NON OUI si oui, veuillez indiquer le nom ci-dessus
3. Numéro de téléphone: _____
4. 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.
5. Renseignements spécifiques: _____
6. Langue dans laquelle vous voulez communiquer avec votre praticien: anglais français autre _____
7. Couverture médicale: OHIP (Ontario) RAMQ (Québec) Autre: _____
8. La région dans laquelle vous vivez (ainsi que le code postal): _____
9. À des fins de vérification pour l’admissibilité de ce programme, ainsi de classement de demandes par famille, svp indiquer :
Nom du membre des FAC _____
Statut actuel du membre des FAC: service actif libéré en voie d’être libéré
Date du dernier jour en service (si pertinent): _____
10. Si vous soumettez votre requête avec celle de d’autres membres de votre famille, voulez-vous le même praticien qu’eux (si possible)? Oui Non Si oui, vos formulaires individuels seront soumis à la clinique du praticien en même temps.
11. 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: _____
12. Signature du patient pour l’approbation: _____ Date soumis: _____
Signature du parent ou tuteur pour patients moins de 14 ans: _____

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’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 courriel électronique, vous consentez de recevoir d’autres 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. Renonciation :** CRFM RCN n’est pas impliqué dans la relation patient-médecin après la présentation.

PROTÉGÉ B: RETOURNEZ FORMULAIRE COMPLÉTÉ PAR POSTE, FAX OU EN PERSONNE