



DEMANDE DE SERVICES

1. **Compléter** et **signer** le formulaire
2. **Joindre** obligatoirement à votre formulaire tout rapport qui fait état de votre diagnostic (Ex. : audiogrammes, rapports ORL, orthophoniques, audiologiques, psychosociaux et/ou d'ergoth rapies, etc.)
3. **Retourner** ces documents au Service d'Accueil- valuation-Orientation (A O)   l'Institut Raymond-Dewar (voir coordonnées au verso de cette page)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____
NOM   LA NAISSANCE

Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____
ANNÉE MOIS JOUR

N  assurance maladie : _____

Date d'expiration de la carte : _____
ANNÉE MOIS

Lieu de naissance : _____

Langue d'usage : Français LSQ
 Autre, précisez _____

Mode de communication : Oral Signé Tactile Non-oral

Si étudiant, nom de l' cole : _____

Nom de la commission scolaire : _____

Père : _____
NOM PRÉNOM

M re : _____
NOM   LA NAISSANCE PRÉNOM

Langue d'usage des parents : _____

EN ACCORD AVEC LA LÉGISLATION

L'IRD peut transmettre votre nom, prénom et adresse à la Fondation Surdité et Communication de l'IRD pour vous inviter à verser un don.

Je refuse de transmettre ces informations.

L'IRD peut utiliser votre nom, prénom, adresse et numéro de téléphone pour réaliser des sondages internes de satisfaction de services.

Je refuse que l'IRD utilise ces informations.

COORDONNÉES

Adresse : _____
NUMÉRO RUE APPARTEMENT

_____ VILLE PROVINCE CODE POSTAL

J'habite à cette adresse depuis : _____
ANNÉE MOIS JOUR

Maison / Appartement Famille d'accueil
 Foyer de groupe Résidence d'accueil
 CHSLD, précisez : _____

Je désire recevoir le courrier de l'IRD : Oui Non

Tél. domicile : _____ - _____ - _____ ATS

Tél. cellulaire : _____ - _____ - _____

Courriel : _____

FAX : _____ - _____ - _____

Tél. travail : _____ - _____ - _____ ATS

Poste : _____ Père Mère Vous-même

Jour et heure de la journée où on peut vous joindre :

_____ JOUR HEURE

Je communique au téléphone avec difficulté, SVP, téléphonez à :

_____ NOM PRÉNOM

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____ ATS

J'ai connu l'IRD par l'entremise de :

- Parents/amis
- Audioprothésiste
- Professionnels de la santé
- Association/organisme
- Dépliants
- TV
- Journaux
- Internet

J'AI BESOIN D'AIDE POUR...

CONSENTEMENT

1. **J'assure** que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques. 2. **Je consens**   ce que les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire échangent et se consultent au sujet d'informations pertinentes et nécessaires à mon suivi de réadaptation. Tous les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire s'engagent à respecter le secret professionnel et les règles de confidentialité des législations en vigueur. L'Institut Raymond-Dewar vous assure qu'aucune information ne sera divulguée à un tiers sans votre autorisation écrite.

Signature : _____ Date : _____

- Signature de l'utilisateur (14 ans et plus)
- Signature du titulaire de l'autorité parentale (si usager de moins de 14 ans), précisez : Père Mère
- Signature du représentant de l'utilisateur, précisez (tuteur, curateur, mandataire, etc.) : _____

DEMANDE DE SERVICES

