



Bienvenue au Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

Formulaire d'inscription – ADULTE (18+)

Merci pour votre intérêt à l'égard du Sudbury District Nurse Practitioner Clinics (SDNPC) et d'avoir rempli ce formulaire au complet. Si vous postulez pour un enfant (âgé de 0 à 17 ans), vous devrez demander un formulaire d'inscription pour enfant. Toutes les demandes sont évaluées par ordre de priorité par le directeur exécutif. Nous visons à planifier ces visites dans les 6 à 12 mois suivant la demande. En cas d'attente prolongé à leur site préféré, les patients peuvent se voir offrir la possibilité de se rendre à l'un de nos autres sites pour accéder à un rendez-vous d'admission.

Veillez noter que les formulaires incomplets ne seront pas traités. Ne joignez aucun dossier médical à votre formulaire autre que ceux demandés dans ce formulaire (ex. : liste de médicaments, vaccinations).

******Veillez noter que nous ne sommes pas en mesure de renouveler les médicaments, y compris les narcotiques, ou de répondre à vos problèmes médicaux tant que vous n'avez pas été accepté en tant que patient enregistré et officiellement inscrit dans notre clinique de soins primaires. Si vous avez des préoccupations urgentes, veuillez-vous présenter à l'hôpital Horizon Santé-Nord ou dans une clinique sans rendez-vous. ******

Une fois acceptés, les patients sont inscrits à la clinique et verront un infirmier praticien ou infirmière praticien de façon régulière. Ils peuvent être tenus de voir d'autres infirmier(-ière) praticien(ne) de temps à autre.

Le Sudbury District Nurse Practitioner Clinics maintien un code de conduite qui exige un comportement acceptable au sein de la clinique. Les actes de violence physique ou verbale ne seront pas tolérés et peuvent entraîner l'arrêt des services ou une expulsion de la clinique.

J'ai lu et compris ces instructions. Veuillez initialiser la boîte DATE: _____

Nom: _____

Site de préférence*: Lively Sudbury: St. Anne Larch

* Selon la capacité de ce site; un infirmier(-ière) praticien(ne) peut vous être proposé à un autre site.

Qui remplit ce formulaire:

Soi-même Conjoint(e) Membre de la famille Autre: _____

Si un membre de la famille présente une formulaire avec vous, veuillez indiquer votre nom pour vous assurer de réserver auprès du même infirmier(-ière) praticien(ne):

Nom: _____ Prénom: _____ Deuxième nom: _____

Name de préférence (si différent du prénom légal):

Sexe attribué à la naissance: Mâle Femelle

Identité de genre: Masculin Féminin Transgenre Bispirituel(le)

Non-Binary En questionnement Préfère ne pas répondre Autre: _____

Pronoms: Il Elle Iel Autre: _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ): _____

Numéro de Carte Santé: _____ Version: _____

Carte Santé date d'expiration (AAAA/MM/JJ): _____

Cochez la boîte si vous n'avez pas de Carte Santé

Langage de préférence: _____

Auriez-vous besoin d'un traducteur? Oui Non Si oui, précisez _____

Adresse: _____ Appartement/Numéro d'Unité: _____

Ville: _____ Prov: _____ Code Postal: _____

Téléphone à domicile: _____ Cell: _____

Travaille: _____ Courriel: _____

Méthode de contact primaire:

Téléphone à domicile Cell Travaille Courriel

Nom de contact d'urgence _____

Relation avec le patient _____

Numéro de téléphone d'urgence _____

Nom du fournisseur de soins primaire antérieur *

*** Vous devez vous désinscrire de votre fournisseur antérieur si vous êtes accepté dans cette clinique ***

Raison du départ:

Êtes-vous enregistré avec Accès Soins? * Oui Non

*** Vous devez vous retirer d'Accès Soins si vous êtes accepté à cette clinique ***

Lifelabs de préférence : Larch Lasalle Long Lake Rd Autre : _____

Immunisations

*Veuillez indiquer si vous avez été vacciné contre ce qui suit et fournir la date de la dernière dose si connue;

OU fournir une copie de votre carnet de vaccination/carte jaune

Rougeole, oreillons, rubéole: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Pneumonie: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Test cutané tuberculinique: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Tétanos, Diphtérie: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	VPH: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Autre:
Coqueluche: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Hépatite A: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Autre:
Covid-19: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Hépatite B: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Autre:
Grippe: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Zona: O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Autre:

Antécédents médicaux personnels (veuillez cocher tout ce qui s'applique; Année de diagnostique)

Condition	Année	Condition	Année
Angine			
Crise cardiaque/IM		Hépatite (A/B/C)	
Hypertension artérielle		Maladie du foie	
Taux de cholestérol élevé		Maladie du rein	
Fibrillation auriculaire		Obésité	
Insuffisance cardiaque congestive		Diabète (Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/>)	
Une maladie vasculaire périphérique		Thyroïde (Hypo <input type="checkbox"/> Hyper <input type="checkbox"/>)	
Apnée du sommeil		Varicelle	
Asthme		Anxiété	
MPOC/emphysème		Dépression	

	Accident vasculaire cérébral (AVC)		Anorexie/Boulimie	
	Épilepsie		TDAH/TDH	
	Migraine		Trouble bipolaire	
	Paralysie de Bell		Schizophrénie	
	Caillots sanguins		Trouble de stress post-trauma	
	Anémie		Problèmes de prostate	
	Lupus		Infection transmissible sexuellement	
	Arthrose		VIH	
	Ostéoporose		Toxicomanie	
	Reflux gastrique		Alcoolisme	
	Ulcère de l'estomac		Eczéma/Psoriasis	
	Diverticulose		Cancer/Type:	
	Douleur chronique		Autre:	
			Autre:	

Avez-vous eu des blessures/fractures dans le passé? Inclure l'année

Avez-vous déjà eu des opérations chirurgicales? Inclure l'année

Antécédents médicaux en matière de reproduction

Périodes menstruelles	Âge de début _____ Âge à l'arrêt _____	N/A <input type="checkbox"/>
Grossesse	# de grossesses _____ # de naissances vivantes _____ # d'avortements _____ # de fausses couches _____	N/A <input type="checkbox"/>
Type d'accouchement	Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Traitements de fertilité?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Envisagez-vous avoir plus d'enfants?	Oui <input type="checkbox"/> Quand? _____ Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Méthode de contraception	Pilules contraceptives <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Préservatifs <input type="checkbox"/> Ligature de trompes <input type="checkbox"/> Vasectomie <input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Autre? _____	N/A <input type="checkbox"/>

Historique médicale familial

Membre de famille	Vivant (V) Décédé (D) Inconnu (I)	Condition médicale (Exemples : diabète; cancer et type; hypertension artérielle; infarctus; AVC, etc. Veuillez inclure l'âge au moment du diagnostic s'il est connu)
Mère		
Père		
Grand-mère maternelle		
Grand-père maternel		

Grand-mère paternelle		
Grand-père paternel		
Sœur		
Frère		

Médicaments & Suppléments

Veillez contacter votre pharmacie et demander une copie de votre liste de médicaments ACTIFS et la joindre à ce formulaire. Veillez énumérer tous les médicaments sur ordonnance, vitamines/suppléments ou médicaments « en vente libre » que vous prenez régulièrement et au besoin. Veillez inclure les gouttes pour les yeux, les injections, les timbres transdermiques, les crèmes, les lotions, etc.

Médicament	Dosage/quantité	Fréquence	Moment de la journée	Raison	Dosages oubliés
Ex.: Tylenol/ Acétaminophène	Ex.: 500 mg, 2 comprimés	Ex. : deux fois par jour ou au besoin (PRN)	Ex. : matin/déjeuner, midi, PM/souper, heure du coucher	Ex. : mal au dos	Ex. : jamais, # de fois par semaine, par mois

Quelle pharmacie utilisez-vous? (Nom, lieu, numéro de téléphone)

Qu'est-ce qui décrit le mieux votre couverture des médicaments sur ordonnance ?
(Cochez toutes les cases)

Aucun SSNA, Anciens Combattants, autre Fédéral

Régime médicaments pour les personnes âgées (PMO)

Trillium POSPH Assurance Santé Plus (24 ans et moins) WSIB

Autre _____

Assurance privée (ex. : Sunlife, Manuvie, etc. par employeur) _____

Trouvez-vous difficile de payer le coût de vos médicaments? Oui Non

Avez-vous des allergies/intolérances? Oui Non

Test d'allergie effectué? Oui Non

Si oui, veuillez énumérer les allergènes et les réactions ci-dessous : (veuillez inclure les médicaments, le latex, l'environnement)

Allergène: _____ Réaction: _____

Allergène: _____ Réaction: _____

Allergène: _____ Réaction: _____

Psychosocial

<u>Éducation :</u>	<u>Emploi :</u>	<u>Logement:</u>	<u>Transport:</u>
8 ^e année <input type="checkbox"/> 12 ^e année <input type="checkbox"/>	Temps plein <input type="checkbox"/>	Indépendamment <input type="checkbox"/>	Auto <input type="checkbox"/>
Collège <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>	Logement avec service de soutien <input type="checkbox"/>	Autobus/Taxi <input type="checkbox"/>
Université <input type="checkbox"/>	Sans emploi <input type="checkbox"/>	Abri pour sans-abri <input type="checkbox"/>	GOVA Plus <input type="checkbox"/>
Doctorat <input type="checkbox"/>	Occupation: _____	Logement communautaire <input type="checkbox"/>	Bicyclette <input type="checkbox"/>
Étudiant actuel <input type="checkbox"/>	Ontario au travail <input type="checkbox"/>	Autre: _____	À pied <input type="checkbox"/>
Autre :	POSPH <input type="checkbox"/>		Famille/support <input type="checkbox"/>
	Retraité <input type="checkbox"/>		Autre:
	Enfant/étudiant <input type="checkbox"/>		
	Autre:		

ACTIVITÉ PHYSIQUE: Cumulez-vous au moins 150 minutes d'activité aérobique modérée à vigoureuse par semaine (c'est-à-dire 30 minutes 5x/semaine)?

Oui Non Parfois

Participez-vous à des activités de renforcement musculaire utilisant les principaux groupes musculaires au moins deux fois par semaine?

Oui Non Parfois

SOMMEIL: Dormez-vous régulièrement de 7 à 9 heures de façon régulière, avec des heures de coucher et de réveil constantes?

Oui Non Parfois

NUTRITION: Suivez-vous un régime spécial (ex, végétalien, etc.)? Veuillez préciser:

CAFÉINE: Café Thé Cola Boissons énergisantes Aucune
Combien? _____ par jour/semaine/mois (entourez le cas échéant)

ALCOOL: (c.-à-d. 12 oz de bière/1,5 oz de liqueur à 40 %/5 oz de vin = 1 verre standard). Combien? _____ par jour/semaine/mois (entourez le cas échéant)

NICOTINE: Fumez-vous ou avez-vous fumé des cigarettes? (encercler selon le cas)

Année de début _____ Année d'abandon _____

Combien? _____ par jour/semaine/mois (encercler selon le cas)

Fumez-vous/avez-vous fumé une pipe/marijuana/vapoté/utilisé du tabac à chiquer? (encercler selon le cas) Année de début _____ Année d'abandon _____

Combien? _____ par jour/semaine/mois (entourez le cas échéant)

USAGE RÉCRÉATIF DE DROGUES: Oui Non Produit utilisé _____

Tests de dépistage

Test	Année	Resultat	
Dépistage du cancer du col de l'utérus		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Mammographie		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Densité osseuse		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Dépistage du cancer colorectal		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Test de l'antigène prostatique spécifique (APS)		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Toucher rectal		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Coloscopie		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Dépistage du cancer du poumon		Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

Autres professionnels de la santé

Spécialité	Oui	Non	Raison	Date de dernière visite
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Optométriste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Physiothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Massothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chiropracteur(-trice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Naturopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Podiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ostéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diététicien(ne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Travailleur(-se) social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chargé de dossiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gestionnaire de cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre:				

Consultez-vous actuellement un spécialiste (ex.: cardiologue, ophtalmologiste, etc.) pour des problèmes de santé? Oui Non

Nom: _____ Raison: _____

Date de dernière visite: _____

Nom: _____ Raison: _____

Date de dernière visite: _____

Nom: _____ Raison: _____

Date de dernière visite: _____

Toute autre information que vous voudriez partager avec nous:

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Je confirme que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes, véridiques et exactes.

Signature _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____