

**Demande de services  
ADULTE**  
**# de dossier: \_\_\_\_\_**

**SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À COMPLÉTER CE FORMULAIRE, VEUILLEZ CONTACTER LE SERVICE DE L'AEQ  
AU 418-695-7084 OU AU 1-877-353-7119. LE PERSONNEL SERA DISPONIBLE POUR VOUS AIDER.**

**COORDONNÉES DU CLIENT**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**SEXE :**  Féminin  Masculin **DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**\*No RAMQ :** \_\_\_\_\_ **(obligatoire)** **\*DATE EXPIRATION No RAMQ :** \_\_\_\_\_

**ÉTAT CIVIL :**  Célibataire  Conjoint de fait  Marié(e)  Séparé(e)/Divorcé(e)  Veuf (ve)

**SCOLARITÉ :**  Non scolarisé  Primaire  Secondaire  Collégial  Universitaire  Autre : \_\_\_\_\_

**LANGUE D'USAGE :**  Français  Anglais  LSQ  Autre : \_\_\_\_\_

**MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ :**  Téléphone  Télécopieur  Téléscripneur  Courriel  Autre \_\_\_\_\_

**MILIEU DE VIE :**  Milieu naturel  Famille d'accueil  Centre d'hébergement\*  Autre \* : \_\_\_\_\_

\* Nom de la ressource d'hébergement s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

**ADRESSE # 1:**  
N° Rue App. Ville Code postal

**ADRESSE # 2:**  
(S'IL Y A LIEU) : N° Rue App. Ville Code postal

**TÉLÉPHONE RÉSIDENCE :** \_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE AUTRE:** \_\_\_\_\_

**TÉLÉPHONE TRAVAIL :** \_\_\_\_\_ **ADRESSE COURRIEL :** \_\_\_\_\_

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

**NOM ET PRÉNOM :** \_\_\_\_\_ **LIEN DE PARENTÉ :** \_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_

**Nom et prénom de la mère :** \_\_\_\_\_ **Nom et prénom du père :** \_\_\_\_\_

**Nom et prénom du conjoint :** \_\_\_\_\_ **Autre personne pertinente :** \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous curatelle ou sous tutelle ?  oui  non Si oui : (coordonnées) \_\_\_\_\_

Avez-vous un médecin de famille ?  oui  non Si oui, (nom) : \_\_\_\_\_

**ÊTES-VOUS DÉJÀ INSCRIT DANS UN PROGRAMME DU CRDP ?**  oui  non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Qui vous a référé ici : \_\_\_\_\_

Nom ou établissement et coordonnées téléphoniques

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

# dos. : \_\_\_\_\_

Un spécialiste ou professionnel de la santé a-t-il déjà émis un diagnostic officiel concernant la condition pour laquelle vous faites une demande de services ?  oui  non

Si oui :  
Diagnostic \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Professionnel \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi actuellement par un spécialiste ou un autre professionnel de la santé ?  oui  non

Si oui :  
Nom du professionnel et profession \_\_\_\_\_ Depuis quand \_\_\_\_\_

Nom du professionnel et profession \_\_\_\_\_ Depuis quand \_\_\_\_\_

OCCUPATION ACTUELLE :

Emploi : \_\_\_\_\_

Retraite : \_\_\_\_\_

Étude : \_\_\_\_\_

Au foyer : \_\_\_\_\_

Arrêt de travail : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui vous préoccupe dans vos activités quotidiennes: \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui vous préoccupe dans les activités quotidiennes de votre famille :

Quelles seraient les améliorations souhaitées, et laquelle est le plus importante pour vous, ce qui permettra d'orienter nos interventions ?

Êtes-vous en attente de services ailleurs ?  oui  non Si oui, où : \_\_\_\_\_

Avez-vous signé des formulaires permettant que nous recevions les documents vous concernant ?  oui  non

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT ?  OUI  NON Si oui, complétez les questions dans l'encadré

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

Description brève

Êtes-vous assuré ?  oui  non

Si oui, par quelle compagnie :  CSST  SAAQ  IVAQ  Autre : \_\_\_\_\_ # réclamation : \_\_\_\_\_

Quelle était votre occupation avant l'accident :

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

# dos. : \_\_\_\_\_

### CONFIDENTIALITÉ

*Les intervenants qui dispensent des services de réadaptation ont accès au dossier vous concernant. Celui-ci contient des informations sur l'évaluation de vos besoins, sur votre plan d'intervention et sur l'évaluation de votre suivi. Tous les intervenants s'engagent à respecter le secret professionnel et les règles de confidentialité des législations en vigueur. Le centre de réadaptation Le Parcours du CSSS de Jonquière vous assure qu'aucune information ne sera divulguée à un tiers sans votre autorisation écrite.*

### CONSENTEMENT

Moi, \_\_\_\_\_  
Nom de l'utilisateur ou de son représentant

- assure que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques.
- autorise les intervenants du CRDP Le Parcours à communiquer avec les professionnels m'ayant déjà évalué ou suivi pour validation d'informations en lien avec mon admissibilité dans un programme.

\_\_\_\_\_  
Date de la demande

- autorise verbalement les intervenants du CRDP Le Parcours à communiquer avec les professionnels m'ayant déjà évalué ou suivi pour validation d'informations en lien avec mon admissibilité dans un programme.