



## 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 maintient 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. **Veillez 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 : \_\_\_\_\_

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 devrez 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 devrez 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"/>
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
<input type="checkbox"/>	Angine				
<input type="checkbox"/>	Crise cardiaque/IM		<input type="checkbox"/>	Hépatite (A/B/C)	
<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle		<input type="checkbox"/>	Maladie du foie	
<input type="checkbox"/>	Taux de cholestérol élevé		<input type="checkbox"/>	Maladie du rein	
<input type="checkbox"/>	Fibrillation auriculaire		<input type="checkbox"/>	Obésité	
<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque congestive		<input type="checkbox"/>	Diabète (Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> )	
<input type="checkbox"/>	Une maladie vasculaire périphérique		<input type="checkbox"/>	Thyroïde (Hypo <input type="checkbox"/> Hyper <input type="checkbox"/> )	
<input type="checkbox"/>	Apnée du sommeil		<input type="checkbox"/>	Varicelle	
<input type="checkbox"/>	Asthme		<input type="checkbox"/>	Anxiété	
<input type="checkbox"/>	MPOC/emphysème		<input type="checkbox"/>	Dépression	
<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral (AVC)		<input type="checkbox"/>	Anorexie/Boulimie	
<input type="checkbox"/>	Épilepsie		<input type="checkbox"/>	TDAH/TDH	
<input type="checkbox"/>	Migraine		<input type="checkbox"/>	Trouble bipolaire	
<input type="checkbox"/>	Paralysie de Bell		<input type="checkbox"/>	Schizophrénie	
<input type="checkbox"/>	Caillots sanguins		<input type="checkbox"/>	Trouble de stress post-traumatique	
<input type="checkbox"/>	Anémie		<input type="checkbox"/>	Problèmes de prostate	
<input type="checkbox"/>	Lupus		<input type="checkbox"/>	Infection transmissible sexuellement	
<input type="checkbox"/>	Arthrose		<input type="checkbox"/>	VIH	
<input type="checkbox"/>	Ostéoporose		<input type="checkbox"/>	Toxicomanie	
<input type="checkbox"/>	Reflux gastrique		<input type="checkbox"/>	Alcoolisme	
<input type="checkbox"/>	Ulcère de l'estomac		<input type="checkbox"/>	Eczéma/Psoriasis	
<input type="checkbox"/>	Diverticulose		<input type="checkbox"/>	Cancer/Type :	
<input type="checkbox"/>	Douleur chronique		<input type="checkbox"/>	Autre :	
			<input type="checkbox"/>	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 _____	Non Applicable <input type="checkbox"/>
Grossesse	# de grossesses _____ # de naissances vivantes _____ # d'avortements _____ # de fausses couches _____	Non Applicable <input type="checkbox"/>
Type d'accouchement	Vaginal <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>	Non Applicable <input type="checkbox"/>
Traitements de fertilité ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non Applicable <input type="checkbox"/>
Envisagez-vous avoir plus d'enfants ?	Oui <input type="checkbox"/> Quand ? _____ Non <input type="checkbox"/>	Non Applicable <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 ? _____	Non Applicable <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

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

**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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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) \_\_\_\_\_