

Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

www.sdnpc.ca

facebook.com/sudburydistrictnprclinics

twitter.com/sudbury_nplc

30 Rue Ste. Anne, 3^e Étage
Sudbury, ON P3C 5E1

T: 705-671-1661

F: 705-671-0177

623 Rue Main
Lively, ON P3Y 1M9

T: 705-692-1667

F: 705-692-0177

100-200 Rue Larch
Sudbury, ON P3E 1C5

T: 705-673-3721

F: 705-805-3660



Bienvenue au Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

Formulaire d'inscription – ENFANT (0-17ans)

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 adulte (âgé de 18 ans et plus), vous devrez demander un formulaire d'admission pour adultes. 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 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 pour l'enfant:

Mère Père Gardien Nom: _____ Numéro de téléphone _____

Autre Nom: _____ Relation: _____ Numéro de téléphone _____

Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

www.sdnpc.ca

facebook.com/sudburydistrictnclinics

twitter.com/sudbury_nplc

30 Rue Ste. Anne, 3^e Étage
Sudbury, ON P3C 5E1

T: 705-671-1661

F: 705-671-0177

623 Rue Main
Lively, ON P3Y 1M9

T: 705-692-1667

F: 705-692-0177

100-200 Rue Larch
Sudbury, ON P3E 1C5

T: 705-673-3721

F: 705-805-3660

Nom de l'enfant: _____ 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: _____

À quand remonte la dernière fois que l'enfant a rendu visite à un fournisseur de soins de santé? _____

Qui? _____

L'enfant a-t-il été hospitalisé au cours des 2 dernières années ? Oui Non Pour quelle raison? _____

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 : _____

Historique de naissance : Est-ce votre enfant de : Naissance Bel-enfant Adopté Famille d'accueil

Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

www.sdnpc.ca

facebook.com/sudburydistrictnrcclinics

twitter.com/sudbury_nplc

30 Rue Ste. Anne, 3^e Étage

Sudbury, ON P3C 5E1

T: 705-671-1661

F: 705-671-0177

623 Rue Main

Lively, ON P3Y 1M9

T: 705-692-1667

F: 705-692-0177

100-200 Rue Larch

Sudbury, ON P3E 1C5

T: 705-673-3721

F: 705-805-3660

La grossesse était-elle à terme ? Oui Non Inconnu ; Si prématuré # de semaines _____ Inconnu

Y a-t-il des complications avec la grossesse/l'accouchement ? Oui Non Inconnu

Combien pesait votre enfant à la naissance ? _____ Inconnu

Des vitamines prénatales ont-elles été prises ? Oui Non Inconnu

Des drogues, de l'alcool, des cigarettes ont-elles été utilisées pendant la grossesse ? Oui Précisez : _____ Non Inconnu

Des soins prénatals ont-ils été reçus tout au long de la grossesse ? Oui Non Inconnu

Antécédents sociaux : avec qui vit l'enfant? Les deux parents Mère monoparentale Père monoparental Gardien

Des frères et sœurs ? # & âge _____ Autre : _____ Animaux de compagnie à la maison ? _____

Des conflits de garde partagée? Oui Non École et année actuelles : _____ En garderie ? _____

Croissance et développement : Avez-vous ou avez-vous déjà eu des inquiétudes concernant le développement de votre enfant (parole, langage, habiletés sociales ou habiletés motrices ?) Oui Non Si oui, veuillez préciser: _____

Antécédents médicaux : l'enfant a-t-il/elle eu l'une ou plusieurs des conditions suivantes ?

	Condition	Year Diagnosed		Condition	Year Diagnosed
<input type="checkbox"/>	Problèmes abdominaux		<input type="checkbox"/>	Blessure grave _____	
<input type="checkbox"/>	Constipation		<input type="checkbox"/>	Os fracturés	
<input type="checkbox"/>	Infections des reins ou de la ve		<input type="checkbox"/>	Problèmes articulaires/osseux	
<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques		<input type="checkbox"/>	Convulsions	
<input type="checkbox"/>	Asthme		<input type="checkbox"/>	Trouble génétique	
<input type="checkbox"/>	Pneumonie		<input type="checkbox"/>	Crises de colère fréquentes	
<input type="checkbox"/>	Toux		<input type="checkbox"/>	Problèmes scolaires	
<input type="checkbox"/>	Problèmes d'audition		<input type="checkbox"/>	Problèmes de comportement	
<input type="checkbox"/>	De nombreuses otites		<input type="checkbox"/>	Retard de développement	
<input type="checkbox"/>	Problèmes de sinus		<input type="checkbox"/>	Retard de la parole/du langage	
<input type="checkbox"/>	Problèmes de vision		<input type="checkbox"/>	Difficulté à manger	
<input type="checkbox"/>	Autres: _____		<input type="checkbox"/>	Sous-poids	
<input type="checkbox"/>	Autres: _____		<input type="checkbox"/>	Surpoids	

Des chirurgies précédentes? Oui Non Si oui, veuillez énumérer : _____

Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

www.sdnpc.ca

facebook.com/sudburydistrictnclinics

twitter.com/sudbury_nplc

30 Rue Ste. Anne, 3^e Étage
Sudbury, ON P3C 5E1

T: 705-671-1661

F: 705-671-0177

623 Rue Main
Lively, ON P3Y 1M9

T: 705-692-1667

F: 705-692-0177

100-200 Rue Larch
Sudbury, ON P3E 1C5

T: 705-673-3721

F: 705-805-3660

Immunisations *Veuillez fournir une copie des dossiers de vaccination/carte jaune.

Votre enfant a-t-il reçu tous les vaccins recommandés pour leur âge ? Oui Non

Si non, que leur faut-il ? _____

Régime/Exercice : Comment évaluez-vous l'activité physique de votre enfant ? Bon Moyen

Médiocre

Combien de temps d'écran par jour? aucune Moins de 1h Moins de 2h 3h+

Comment évaluez-vous le régime alimentaire de votre enfant? Bon Passable

Médiocre Régime alimentaire particulier ? _____

Toute consommation: Alcool Drogues Tabac par enfant ?

Exposé à la fumée secondaire? Oui Non

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		

Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

www.sdnpc.ca

facebook.com/sudburydistrictnplclinics

twitter.com/sudbury_nplc

30 Rue Ste. Anne, 3^e Étage
Sudbury, ON P3C 5E1

T: 705-671-1661

F: 705-671-0177

623 Rue Main
Lively, ON P3Y 1M9

T: 705-692-1667

F: 705-692-0177

100-200 Rue Larch
Sudbury, ON P3E 1C5

T: 705-673-3721

F: 705-805-3660

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

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) _____

Sudbury District Nurse Practitioner Clinics

www.sdnpc.ca

facebook.com/sudburydistrictnclinics

twitter.com/sudbury_nplc

30 Rue Ste. Anne, 3^e Étage
Sudbury, ON P3C 5E1

T: 705-671-1661

F: 705-671-0177

623 Rue Main
Lively, ON P3Y 1M9

T: 705-692-1667

F: 705-692-0177

100-200 Rue Larch
Sudbury, ON P3E 1C5

T: 705-673-3721

F: 705-805-3660

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

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

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: _____

Autres professionnels de la santé

L'enfant voit-il actuellement un spécialiste (c'est-à-dire un pédiatre) 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)