



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

J'aimerais m'inscrire à l'activité suivante: _____

Je suis aussi intéressé à d'autres activités, tel que: _____

Le CSCNO offre une variété de programmes communautaire. Pour vous inscrire à un ou des programmes, S.V.P compléter ce formulaire. Cette information sera tenue de façon confidentielle et nous permettra de tenir à jour l'information sur nos clients, ainsi que mesurer notre impact sur votre bien-être et celui de la communauté.

Complétez et signez le formulaire. Envoyez par fax au 705-753-5387 ou par la poste au: 68, rue Michaud, C.P. 6308, Sturgeon Falls, ON P2B 1B8.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - SECTION OBLIGATOIRE

Veillez inscrire votre nom tel qu'il apparaît sur votre Carte Santé.

Nom famille:		Prénom:	
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	Date naissance: JJ/MM/AAAA
Téléphone: maison		Cellulaire: ou autre	
Adresse:		Courriel:	
Ville:		Code postal:	

*****PERSONNE CONTACT OU PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE*****

Nom:

Lien:

Tél:

Le Centre de santé de Nipissing Ouest (CSCNO) se réserve le droit de refuser toute demande d'inscription s'il juge que le refus est dans l'intérêt de cette personne et du CSCNO. J'accepte de participer aux activités du CSCNO. J'accepte de libérer les employés et agents du CSCNO de toute responsabilité, de poursuite ou de revendication en cas de perte, de dommage ou de blessure reliés à cette activité.

Signature du
client: _____

Date: _____

Nom:

Renseignements sociodémographiques - obligatoire

Religion: <input type="text"/>	Langue parlée: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre:	Langue d'origine: <input type="text"/>
--	---	--

Scolarité (le plus haut niveau atteint) <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégiale <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Pas de scolarité formelle <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre	Êtes-vous un(e) client(e) inscrit(e) de soins primaires au Centre de santé communautaire de Nipissing Ouest <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Origine Ethnique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Première Nation / Inuit / Métis <input type="checkbox"/> Juif <input type="checkbox"/> Caraïbes <input type="checkbox"/> Africain <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Indien <input type="checkbox"/> Autre: _____

Citoyenneté(e) <input type="checkbox"/> Canadien(ne) <input type="checkbox"/> Immigrant(e) <input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Indien(ne) Amérique du Nord	Dans quel pays êtes-vous né(e)? _____
---	--

État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuve/veuf <input type="checkbox"/> Autre: _____

Revenu annuel combiné du ménage (\$/année) <input type="checkbox"/> \$0-14,999 <input type="checkbox"/> \$25,000-29,000 <input type="checkbox"/> \$40,000-59,999 <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> \$15,000-19,999 <input type="checkbox"/> \$30,000-34,999 <input type="checkbox"/> Plus de \$60,000 <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre <input type="checkbox"/> \$20,000-24,999 <input type="checkbox"/> \$35,000-39,999 Nombre de personnes dépendant de ce revenu: _____

La composition du ménage courant <input type="checkbox"/> Mère, père, enfant(s) <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (mère) <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Couple sans enfant <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (père) <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Grand(s)-parent(s) avec petit(s) enfant(s) <input type="checkbox"/> Couple du même sexe <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre <input type="checkbox"/> Famille élargie <input type="checkbox"/> Colocataires non apparentés <input type="checkbox"/> Membre seul(e) <input type="checkbox"/> Frères et soeurs
--

Nom:

Q-AAP et Vous

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. D'ailleurs, de plus en plus de gens pratiquent une activité physique de façon régulière. Règle générale, augmenter la pratique sportive n'entraîne pas de risques de santé majeurs. Dans certains cas, il est cependant conseillé de passer un examen médical avant d'entreprendre un programme régulier d'activités physiques. Le Q-AAP (questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique) vise à mieux cerner les personnes pour qui un examen médical est recommandé.

Si vous prévoyez modifier vos habitudes de vie pour devenir un peu plus actif (ve), commencez par répondre aux 7 questions qui suivent. Si vous êtes âgé(e) de 15 à 69 ans, le Q-AAP vous indiquera si vous devez ou non consulter un fournisseur de soins de santé avant d'entreprendre votre nouveau programme d'activités. Si vous avez plus de 69 ans et ne participez pas d'une façon régulière à des activités physiques exigeantes, vous devriez consulter votre fournisseur de soins de santé avant d'entreprendre ces activités.

S'il vous plaît répondre "OUI" ou "NON" aux questions suivantes:

1. Est-ce que votre fournisseur de soins de santé vous a déjà dit que vous avez un problème cardiaque et que vous pouvez seulement faire une activité physique recommandée par un fournisseur de soins de santé? OUI NON
2. Est-ce que vous sentez de la douleur dans votre poitrine lorsque vous faites une activité physique? OUI NON
3. Au cours du mois dernier, avez-vous eu des douleurs thoraciques lorsque vous ne faisiez pas une activité physique? (au repos)? OUI NON
4. Est-ce que vous perdez l'équilibre en raison d'étourdissements? OUI NON
5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires (par exemple, le dos, genoux ou de hanches) qui pourraient être aggravés par un changement dans votre activité physique? OUI NON
6. Est-ce que votre fournisseur de soins de santé vous a prescrit des médicaments (par exemple des diurétiques) pour votre tension artérielle ou un problème cardiaque? OUI NON
7. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire d'activité physique? OUI NON

**** SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS****

Discutez avec votre fournisseur de soins de santé avant de commencer ces activités de conditionnement physique.

Votre fournisseur de soins de santé est au courant de votre participation à ces activités physiques OUI NON

SI VOUS AVEZ UNE CONDITION MÉDICALE, VOUS ÊTES RESPONSABLE D'EN AVISER L'INSTRUCTEUR(TRICE) ET AVOIR VOS MÉDICAMENTS AVEC VOUS. (ALLERGIES, DIABÈTES...)

Nom: _____

PRISE DE PHOTOS

À l'occasion de certaines activités, des photos sont prises. Par la suite, ces photos sont offertes aux participants ou compilées dans un album-photo et tenues au Centre de santé communautaire de Nipissing Ouest. À l'occasion, ces photos peuvent servir pour des fins publicitaires. Acceptez-vous, sous ces circonstances, la prise de photos?

OUI NON

J'autorise le Centre de santé communautaire de Nipissing Ouest de publier la photo et mon nom dans les médias.

Signature du client: _____ Date: _____

CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE LA CLIENTÈLE.

Le Centre de santé communautaire de Nipissing Ouest (CSCNO) reconnaît l'importance de protéger vos renseignements personnels et s'engage à recueillir, à utiliser et divulger vos renseignements personnels d'une façon honnête et légale en intégrant de bonnes pratiques de protection des renseignements personnels, y compris les renseignements confiés à une tierce partie.

Le CSCNO recueille, utilise et divulgue des renseignements pour but de:

- *Fournir et gérer des services de soins de santé primaires sécuritaires;
- *Établir et assurer des services de santé continus et efficaces;
- *Communiquer avec d'autres fournisseurs de services (avec votre approbation);
- *Évaluer et planifier vos besoins en matière de santé;
- *Établir et maintenir la communication avec vous;
- *Faire de la recherche pour améliorer la qualité des services de santé et/ou utiliser les données recueillies à des fins de recherches précises;
- *Rencontrer toutes les exigences légales et réglementaires de la Loi.

Votre signature et la date indiquent que vous avez bien lu ce document et que vous êtes d'accord avec les principes tels qu'ils sont énoncés.

Signature du client(e): _____ Date: _____