



## ENTRE DEUX ROUES

*Centre socioprofessionnel et de répit*  
124, rue Sainte-Marie, Gatineau (Québec) J8Y 2B1  
Téléphone : 819-770-2233 Télécopieur : 819-770-0922  
Courriel : [entredouxroues@videotron.ca](mailto:entredouxroues@videotron.ca)  
Site Web : [www.entredouxroues.org](http://www.entredouxroues.org)

Date: \_\_\_\_\_

### **Information personnelle**

NOM DU CLIENT : \_\_\_\_\_

DATE D'ENTRÉE RECOMMANDÉE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

ÂGE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ASS.MALADIE : \_\_\_\_\_

INTERVENANT RÉFÉRANT : \_\_\_\_\_

### **EN CAS D'URGENCE**

NOM DE LA PERSONNE (RÉPONDANT)

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

COURRIEL\* : \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_

COURRIEL\* : \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ CELL. : \_\_\_\_\_

Référé par :  La RessourSe  CLSC

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

NB. : Veuillez faire signer l'autorisation de partage d'informations attachées

**Coordonnées de l'intervenant**  
**référant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

# Téléphone : \_\_\_\_\_

\*Courriel : \_\_\_\_\_

# Télécopieur \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

N.B. : Veuillez faire signer les autorisations de transmettre les renseignements à Entre deux roues.

**Diagnostique(s) :**

---

---

---

---

**Médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**Tél. :** \_\_\_\_\_

**Motif de la demande** (Ajouter des pages si besoin) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Histoire psychosociale** (Ajouter des pages si besoin) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Coordonnées des intervenants dans le dossier

### Physiothérapeute :

Nom: \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \*Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

### Ergothérapeute :

Nom: \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \* Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

### Orthophoniste :

Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \* Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

### Travailleur social :

Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \*Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

### Psychologue :

Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \* Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

### Autre :

Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \* Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ \*Courriel \_\_\_\_\_ # Télécopieur \_\_\_\_\_

**MÉDICATION** : Dosette       Comprimés       Écrasés

Liste des médicaments : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE** : \_\_\_\_\_

**MOBILITÉ** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Équipements utilisés : \_\_\_\_\_

Transfert : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALIMENTATION** :

Mange seul       Avec aide

Spécifiez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MODE de COMMUNICATION** :

Spécifiez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOINS D'HYGIÈNE ET TOILETTE :**

Seul

Avec aide

Spécifiez :

---

---

---

Liste des activités préférées :

---

---

---

---

---

---

---

Autres commentaires ou information :

---

---

Veillez utiliser une autre page si nécessaire.

## CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATION

Je, \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_, par la présente, autorise les intervenants de Entre Deux

Roues à échanger des renseignements à mon sujet, lesquels pouvant être pertinents à ma participation au Programme sociaux professionnels et ou de répit.

Ces renseignements : coordonnées personnelles, évaluations, limitations, médicales, plans d'interventions ou plans de services et (spécifier) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

peuvent être échangés entre les personnes et intervenants responsables de l'organisme

et les intervenants de Entre Deux Roues :

- (1) Il est entendu que ce formulaire fera partie de mon dossier que j'ai le droit de vérifier et auquel je puis demander des corrections ou des annotations, tel que prévu à l'article 12, Loi sur la protection des renseignements personnels.
- (2) Il est entendu que les renseignements obtenus par ce consentement seront gardés confidentiels et ne pourront être consultés que par les personnes autorisées, en conformité avec la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Cette autorisation est valable pour la durée de ma participation aux programmes d'aide et d'accompagnement social à Entre Deux Roues, organisme en déficience physique.

ET J'AI SIGNÉ À \_\_\_\_\_, CE \_\_\_\_\_.

Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_