

Information de base

Choisissez une réponse : Ce renvoi est pour un Survivant d'un AVC Proche aidant

Nom de famille :

Prénom :

Nom préféré :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Mode de communication préféré : Téléphone Courriel

Langue maternelle :

Est-ce qu'un membre de la famille est disponible pour interpréter?

Oui Non

Problèmes de communication identifiés? Oui Non

Si oui, décrivez-les :

Information au sujet de la personne-ressource principale

Est-ce que la personne-ressource principale est la même personne indiquée ci-dessus?

Oui Non (si choisi, remplissez la section ci-dessous)

Nom de la personne-ressource principale :

Relation au participant :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Mode de communication préféré : Téléphone Courriel

Est-ce qu'il y a un moment idéal pour communiquer avec la personne-ressource principale?

Information au sujet de la source de renvoi

En cochant cette case, je confirme que l'utilisateur ci-dessus a donné un consentement verbal pour ce renvoi.

Date du renvoi :

Type de renvoi : Accès direct Renvoi pour quelqu'un d'autre (si choisi, remplissez la section ci-dessous)

Nom :

Numéro de téléphone :

Organisation/Clinique/Centre (le cas échéant) :

Courriel :

Remettez le formulaire par télécopie protégée au 1-844-906-2422 ou par courriel à afterstroke@marchofdimes.ca

Un membre de notre équipe communiquera avec vous 1 à 3 jours ouvrables après avoir reçu ce renvoi.

Pour plus d'information au sujet d'Après un AVC, consultez notre site Web à www.afterstroke.ca