

**Client dirigé vers le programme Après un AVC de la Marche des dix sous du Canada
(MDSC) par un organisme communautaire**

Renseignements de base

Choisir une réponse : Le client dirigé vers le programme est un :

☐ Survivant d'AVC ☐ Proche aidant

À quelle date le client a-t-il subi un AVC? :

Prénom :

Nom de famille :

Nom d'usage :

Adresse :

Ville :

Code postal :

***Date de naissance :**

Genre : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Inconnu

☐ Non binaire ☐ Préfère ne pas répondre

Numéro de téléphone :

Adresse de courriel :

Moyen de communication préféré : ☐ Téléphone ☐ Courriel

Langue maternelle :

Est-ce qu'un membre de la famille peut servir d'interprète? ☐ Oui ☐ Non

Le client a-t-il des difficultés à communiquer? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la/les difficulté(s) :

Renseignements relatifs à la principale personne à contacter

Est-ce que la principale personne à contacter est celle qui est indiquée ci-dessus?

☐ Oui ☐ Non (Si vous cochez « Non », remplissez la section ci-dessous)

Nom de la principale personne à contacter :

Relation avec le participant (p. ex., parent, frère, sœur, ami, autre) :

Numéro de téléphone :

Adresse de courriel :

Moyen de communication préféré : ☐ Téléphone ☐ Courriel

Renseignements sur la ressource qui a dirigé le client vers le programme

☐ En cochant cette case, je confirme que le client ci-dessus a donné un consentement verbal pour être dirigé vers le programme.

Date de la demande de services :

Type de demande : ☐ Demande faite par le client ☐ Demande faite au nom d'une autre personne
(si vous cochez cette case, remplissez la section suivante)

Nom de la personne qui dirige le client vers le programme :

Téléphone/adresse de courriel (personne) :

Organisme/clinique/centre (le cas échéant) :

Téléphone/adresse de courriel (clinique) :

Est-ce que d'autres demandes de services ont été faites pour la personne qui a subi un AVC?

☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir plus de détails :

Autres renseignements pertinents à la présente demande :

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

Renseignements sur le programme : www.apres-avc.ca