



OTTAWA NEWCOMER HEALTH CENTRE | CENTRE DE SANTÉ POUR NOUVEAUX ARRIVANTS D'OTTAWA

Formulaire de Référence Programme de Navigateur Multiculturel de Santé

Pour l'usage interne

Navigateur / Langue:

Priorité (1, 2, 3):

Date de Réception:

Le programme de Navigateur Multiculturel de Santé vise à sensibiliser les nouveaux arrivants d'Ottawa sur le Système de Soins de Santé Canadien et aide à la navigation du système. Le service vise à:

- Améliorer la promotion et la littératie en santé
- Rapprocher les clients et les fournisseurs de services
- Effectuer des visites de routine à domicile et l'accompagnement occasionnel au rendez-vous

Veillez vous assurer que vous avez parlé à la personne avant d'effectuer la référence. Est-ce que votre client est au courant et comprend cette référence? Oui Non

Si la référence est acceptée, le client consent-il à être enregistré dans notre système?
 Oui Non

Nom du Client : _____

DDN (jj/mm/aaaa): _____

Numéro de tél: _____

Langues parlée (s): _____

Adresse: _____

Dans le cadre de nos services, nous effectuons des visites à domicile pour répondre aux besoins du client. Est-ce que votre client consent à recevoir des visites à domicile? Oui Non

En fonction de l'évaluation, les services suivants peuvent être fournis. Veuillez cocher les services qui s'appliquent à cette référence:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Services de Navigation de Santé | <input type="checkbox"/> Trouver un médecin de famille |
| <input type="checkbox"/> Pratiques/préventions de santé personnelle | <input type="checkbox"/> Ressources en santé communautaire |
| <input type="checkbox"/> Référence aux services sociaux et d'établissement | <input type="checkbox"/> Renseignement sur le système de santé |
| <input type="checkbox"/> Renseignement/conformité sur les traitements et les médicaments | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Est ce que votre client a un prestataire de soins de santé primaire? Oui Non

Est-ce-que votre client a un problème de maladie chronique ? Oui Non

Information supplémentaire:

Référence demandée par: _____ Nom de l'organisation : _____

No. de téléphone: _____ Post. _____ No. télécopieur: _____

Veuillez cocher cette case, si c'est l'autoréférence

Veillez télécopier " Programme NMS" au 613-288-0909