

Demande de service



Les services d'INCA sont offerts aux personnes qui éprouvent de la difficulté à exécuter leurs activités quotidiennes en raison d'une perte de vision. Visitez **inca.ca**

Section A

Renseignements au sujet de la personne qui demande des services

DEMANDEUR

M. M^{me} Autre : _____

Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance • Mois : _____ Jour : _____ Année : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse électronique : _____

Numéros de téléphone • Jour : _____ Soir : _____ Cell. : _____

Désirez-vous que nous communiquions avec quelqu'un d'autre pour prendre rendez-vous avec vous ou pour obtenir des renseignements à votre sujet?

Non Oui (*Si oui, veuillez remplir la section « Personne-contact » ci-dessous.)

PERSONNE-CONTACT

Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Lien de parenté : _____

Adresse électronique : _____

N° de téléphone : _____

Signature du demandeur
ou du tuteur du demandeur

Date : _____

J'aimerais obtenir de plus amples renseignements au sujet des services offerts par INCA. Je consens à ce qu'INCA demande au professionnel de la santé qui me traite des renseignements médicaux à mon sujet. Je comprends qu'INCA respectera le caractère confidentiel des renseignements personnels me concernant.

Prénom :

Nom de famille :

Date de naissance :

Section B

Renseignements au sujet d'un aiguillage

SOURCE DE L'AIGUILLAGE

Veillez remplir cette section si vous dirigez une personne vers INCA.

- Ophtalmologiste Optométriste Médecin Parent
 Résidence pour aînés Centre hospitalier Organisme communautaire Ami
 Autre : _____

Nom de la personne-contact :

Titre :

Organisme :

N° de téléphone :

poste :

Adresse électronique :

Section C

Renseignements oculaires à être fournis par un professionnel de la santé

CHAMP DE VISION

- Normal Hémianopsie Autre anomalie (décrire) _____
 Diamètre inférieur à 20° dans les deux yeux (décrire) _____

**MEILLEURE
VISION
CORRIGÉE**

DE LOIN

DE PRÈS

O.D. :

O.D. :

O.S. :

O.S. :

O.U. :

O.U. :

CORRECTION

O.D. :

Ajouter : _____

O.S. :

Ajouter : _____

CAUSE CONNUE DE LA PERTE DE VISION

Diagnostic primaire : O.D. :

O.S. :

Autres maladies oculaires : O.D. :

O.S. :

Autres maladies connexes : _____

Commentaires : _____

Date du dernier examen :

Nom du médecin :

- Ophtalmologiste Optométriste Autre : (décrire) _____

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

Adresse électronique :

X Signature :

Date :

CNIB USE ONLY

Date de réception :

ICD9 Code :

Statut O N

Signature : _____