



## Examen médical de la personne présentant une demande pour devenir parent d'accueil

À faire remplir par un médecin praticien (infirmier/infirmière/médecin)

Bonjour,

- La personne qui se présente à cet examen a déposé une demande pour devenir parent d'accueil. Votre rapport aidera à évaluer sa capacité à assumer cette responsabilité.
- Le formulaire de consentement à la divulgation de renseignements se trouve à la dernière page de ce document. La personne que vous allez voir doit le signer, et une copie doit être conservée dans vos dossiers.
- Si vous connaissez la personne depuis moins de deux ans, vous devez étudier ses dossiers médicaux antérieurs avant de remplir ce formulaire.

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

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

COLLECTIVITÉ D'ORIGINE: \_\_\_\_\_

Cette personne est-elle diagnostiquée ou a-t-elle déjà été diagnostiquée avec l'une des maladies transmissibles suivantes:

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Hépatite C  |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B |                                      |

Précisez:

Y a-t-il des gens qui résident actuellement au domicile de la personne qui ont été diagnostiqués avec les maladies transmissibles susmentionnées? OUI NON

À votre connaissance, cette personne souffre-t-elle d'une maladie chronique? Dans l'affirmative, veuillez préciser: OUI NON



Veillez énumérer tous les médicaments prescrits que cette personne prend:

Cette personne fume-t-elle des cigarettes?

OUI      NON

Cette personne fume-t-elle à l'intérieur de son domicile ou permet-elle à d'autres personnes de fumer à l'intérieur du domicile?

OUI      NON

À votre connaissance, cette personne a-t-elle déjà été hospitalisée?      OUI      NON

Dans l'affirmative, veuillez décrire brièvement le motif de l'admission et le diagnostic.

À votre connaissance, cette personne a-t-elle déjà été admise dans un centre de traitement pour des problèmes de drogue ou d'alcool, de maladie mentale ou d'idées suicidaires ou d'idées d'homicides ?

OUI      NON

Dans l'affirmative, veuillez décrire la raison de l'admission, la date de l'admission et indiquer si, selon vous, ces problèmes continuent d'être un facteur de risque chez la personne :

Cette personne consomme-t-elle du vin, des spiritueux, de la bière ou d'autres boissons alcoolisées faites maison?

OUI      NON

Si oui, combien de fois par semaine la personne consomme-t-elle de l'alcool? Dans quelle quantité à chaque fois?

Cette personne a-t-elle déjà sollicité un traitement médical pour une blessure résultant d'un incident de violence familiale?

OUI      NON



Dans l'affirmative, veuillez commenter la nature et la gravité de la blessure et indiquer si, à votre avis professionnel, il existe toujours un risque d'incidents de violence familiale à l'avenir :

**Signature du médecin:** \_\_\_\_\_

**Date de l'examen:** \_\_\_\_\_

**Adresse / nom du centre de santé:** \_\_\_\_\_



## **Déclaration médicale de la personne présentant une demande pour devenir parent d'accueil**

À ma connaissance, les renseignements médicaux que j'ai fournis au médecin aujourd'hui sont véridiques et exacts. Je comprends que tout changement important dans ma propre santé ou dans celle d'autres personnes résidant dans mon foyer doit être immédiatement signalé au travailleur social ou à la travailleuse sociale communautaire afin d'examiner mon admissibilité en tant que parent d'accueil.

Je comprends également que s'il est déterminé que j'ai fourni des renseignements erronés ou inexacts au médecin dans le cadre de ce formulaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux se réserve le droit de mettre fin à l'utilisation de mon domicile en tant que famille d'accueil.

Signature de la personne principale présentant une demande pour devenir parent d'accueil: \_\_\_\_\_

Signature de la personne secondaire présentant une demande pour devenir parent d'accueil: \_\_\_\_\_

Signature du travailleur social ou de la travailleuse sociale communautaire/de la superviseuse ou du superviseur:

\_\_\_\_\_



## Divulgence/réception de l'information

Consentement à l'obtention ou à la communication de renseignements  
provenant d'autres sources ou à l'égard d'autres sources

Je, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Nunavut  
(veuillez écrire votre nom au complet) (collectivité)

\_\_\_\_\_  
(adresse)

consent par la présente à ce que

\_\_\_\_\_ (nom de l'organisme ou du ministère)

reçoive	fournisse
---------	-----------

les renseignements suivants

(énumérer les renseignements précis)

qui se trouvent dans les dossiers de

né(e)

(nom de la personne)

(jj/mm/aaaa)

à

\_\_\_\_\_ (Nom du conseil d'administration ou de l'organisme)

\_\_\_\_\_ (nom de la collectivité)

\_\_\_\_\_  
(S'il ne s'agit pas du client, indiquez la relation avec le client)

(Signature)

(Témoin)

Fait ce \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.