



Anciennement connu sous le nom de Centre de santé communautaire de Sudbury-Est et la Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien de la Rivière-des-Français

Formerly known as the Sudbury East Community Health Centre and the French River Nurse Practitioner-Led Clinic

### INFORMATION PERSONNEL | PERSONAL INFORMATION

Nom (tel qu'il apparaît sur votre carte de santé) Last Name (as it appears on your Health Card)	Prénom (tel qu'il apparaît sur votre carte de santé) First Name (as it appears on your Health Card)	Date de naissance Date of birth (DD/MM/YYYY)	Genre Gender
Adresse Address		Ville City	Code Postal Postal Code
Téléphone (primaire) Telephone (primary)	Téléphone (secondaire) Telephone (secondary)	Téléphone (autre) Telephone (other)	
Courriel/ Email			
Numéro de carte de santé Health Card number		Version	Date d'expiration Expiration Date (DD/MM/YYYY)
Contact d'urgence Emergency Contact	Relation Relationship	Numéro de téléphone Telephone Number	
Langue maternelle/ Mother tongue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Autre   Other _____ Si votre langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais qu'elle langue officielle du Canada est la plus confortable pour vous/ If your mother tongue is neither French nor English, which of Canada's official languages are you most comfortable with <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> English			



**SOINS MÉDICAUX ACTUELS | CURRENT MEDICAL CARE**

**Quels services utilisez-vous pour des raisons médicales?  
Which services have you been using for medical reasons?**

- Clinique sans rendez-vous | Walk-in clinic
- Département d'urgence | Emergency Department
- Autre | Other: \_\_\_\_\_

**À quelle fréquence utilisez-vous ces services?  
How often are you using these services?**

- 1-3 fois par année/per year
- 4-7 fois par année/per year
- 8-12 fois par année/per year
- 12+ fois par année/per year

**Pour quelle(s) raison(s) utilisez- vous ces services  
For which reason(s) are you using these services?**

---



---



---

**SVP énumérer vos fournisseurs de soins de santé actuels  
Please list your current health care providers**

Médecin ou Infirmier(ière) Praticien(ne) Physician or Nurse Practitioner	Spécialistes Specialists

**PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ | HEALTH CONCERNS**

**Décrivez brièvement vos préoccupations en matière de santé  
Briefly describe your current health concerns**

---



---



---



---



Anciennement connu sous le nom de Centre de santé communautaire de Sudbury-Est et la Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien de la Rivière-des-Français

Formerly known as the Sudbury East Community Health Centre and the French River Nurse Practitioner-Led Clinic

**MÉDICAMENTS | MEDICATIONS**

Nom du médicament, dose, à quelle fréquence est-il pris Name of medication, dose, how often is it taken <i>e.g. Lipitor 20 mg, du quotidien/ daily</i>	Raison de prendre le médicament Reason for taking medication <i>e.g. Taux de cholestérol élevé / High Cholesterol</i>

Pharmacie préférée/ Preferred Pharmacy \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | MEDICAL HISTORY**

Type de maladie ou d'affection Type of illness, disease or condition <i>ex. diabète, hypertension artérielle, arthrite, mal de dos, dépression...</i> <i>e.g. diabetes, high blood pressure, arthritis, back pain, depression</i>	Quand ce problème a-t-il été diagnostiqué? When was this problem diagnosed? <i>Ex. Janvier/ January 2018</i>

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire d'information pour nouveaux patients. Vous serez contacté pour fixer votre première rencontre au site d'Univi le plus proche de votre domicile. Jusque-là, vous n'êtes pas inscrit en tant que patient du Centre de santé Univi Health Centre (CSUHC) et vous devez continuer à recevoir des soins de santé ailleurs pour vos problèmes de santé actuels. Le CSUHC collecte et utilise vos informations personnelles et les divulgue conformément aux directives de la Loi sur les politiques de protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS).

Thank you for taking the time to complete this new patient intake information form. You will be contacted to book your initial meeting at the Univi site closest to your home.. Until then, you are not registered as a patient of the Univi Health Centre and you must continue to seek medical attention elsewhere for your current health concerns. The CSUHC collects uses and discloses your personal information in compliance with the guidelines of the Personal Health Information Policy Act (PHIPA).

\_\_\_\_\_  
**Nom (imprimer) / Name (print)**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature**