



## DEMANDE DE SERVICES

1. **Compléter** et **signer** le formulaire
2. **Joindre** obligatoirement à votre formulaire tout rapport qui fait état de votre diagnostic (Ex. : audiogrammes, rapports ORL, orthophoniques, audiologiques, psychosociaux et/ou d'ergoth rapies, etc.)
3. **Retourner** ces documents au Service d'Accueil- valuation-Orientation (A O)   l'Institut Raymond-Dewar (voir coordonnées au verso de cette page)

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : \_\_\_\_\_  
NOM   LA NAISSANCE

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
ANNÉE      MOIS      JOUR

N  assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration de la carte : \_\_\_\_\_  
ANNÉE      MOIS

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Langue d'usage :  Français  LSQ  
 Autre, précisez \_\_\_\_\_

Mode de communication :  Oral  Signé  Tactile  Non-oral

Si étudiant, nom de l' cole : \_\_\_\_\_

Nom de la commission scolaire : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_  
NOM      PRÉNOM

M re : \_\_\_\_\_  
NOM   LA NAISSANCE      PRÉNOM

Langue d'usage des parents : \_\_\_\_\_

### EN ACCORD AVEC LA LÉGISLATION

L'IRD peut transmettre votre nom, prénom et adresse à la Fondation Surdité et Communication de l'IRD pour vous inviter à verser un don.

*Je refuse de transmettre ces informations.*

L'IRD peut utiliser votre nom, prénom, adresse et numéro de téléphone pour réaliser des sondages internes de satisfaction de services.

*Je refuse que l'IRD utilise ces informations.*

### COORDONNÉES

Adresse : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO      RUE      APPARTEMENT

\_\_\_\_\_ VILLE PROVINCE CODE POSTAL

J'habite à cette adresse depuis : \_\_\_\_\_  
ANNÉE      MOIS      JOUR

Maison / Appartement  Famille d'accueil  
 Foyer de groupe  Résidence d'accueil  
 CHSLD, précisez : \_\_\_\_\_

Je désire recevoir le courrier de l'IRD :  Oui  Non

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  ATS

Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  ATS

Poste : \_\_\_\_\_  Père  Mère  Vous-même

Jour et heure de la journée où on peut vous joindre :

\_\_\_\_\_ JOUR HEURE

Je communique au téléphone avec difficulté, SVP, téléphonez à :

\_\_\_\_\_ NOM PRÉNOM

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  ATS

### J'ai connu l'IRD par l'entremise de :

- Parents/amis
- Audioprothésiste
- Professionnels de la santé
- Association/organisme
- Dépliants
- TV
- Journaux
- Internet

### J'AI BESOIN D'AIDE POUR...


### CONSENTEMENT

1. **J'assure** que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques. 2. **Je consens**   ce que les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire échangent et se consultent au sujet d'informations pertinentes et nécessaires à mon suivi de réadaptation. Tous les intervenants ou l'équipe multidisciplinaire s'engagent à respecter le secret professionnel et les règles de confidentialité des législations en vigueur. L'Institut Raymond-Dewar vous assure qu'aucune information ne sera divulguée à un tiers sans votre autorisation écrite.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur (14 ans et plus)

Signature du titulaire de l'autorité parentale (si usager de moins de 14 ans), précisez :  Père  Mère

Signature du représentant de l'utilisateur, précisez (tuteur, curateur, mandataire, etc.) : \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SERVICES

## COORDONNÉES POUR NOUS JOINDRE

**Retournez** le formulaire dûment complété et signé ainsi que tous les documents pertinents annexés à votre demande à l'adresse suivante :

**Institut Raymond-Dewar**  
 Service AÉO  
 3600, rue Berri  
 Montréal (Québec)  
 H2L 4G9

Téléphone : 514-284-2581  
 514-284-2214, poste 3601  
 ATS : 514-284-3747, poste 3601  
 FAX : 514-284-5086  
 Courriel : [aeo@raymond-dewar.gouv.qc.ca](mailto:aeo@raymond-dewar.gouv.qc.ca)  
 Internet : [www.raymond-dewar.qc.ca](http://www.raymond-dewar.qc.ca)

### ESPACE À COMPLÉTER PAR LE RÉFÉRENT

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  ATS Poste : \_\_\_\_\_  
 Motif de la référence : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ AU SERVICE DE L'AÉO DE L'IRD

1<sup>re</sup> INSCRIPTION     RÉOUVERTURE     AJOUT DE SERVICES

Date de la demande de services :    \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
ANNÉE    MOIS    JOUR

Analyse de la demande : \_\_\_\_\_

Date	Contenu/démarches/résultats	Initiales

Niveau de priorité : \_\_\_\_\_

Date de transfert au programme :    \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_    Programme : \_\_\_\_\_  
ANNÉE    MOIS    JOUR

Signature de l'AÉO : \_\_\_\_\_    Date : \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
ANNÉE    MOIS    JOUR

## DEMANDE DE SERVICES