

Date : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____



**ÉQUIPE DE SANTÉ FAMILIALE
CLARENCE-ROCKLAND**

Questionnaire pour les services interdisciplinaires

- Service(s) désiré(s):**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diététiste / Nutrition | <input type="checkbox"/> Prévention des chutes |
| <input type="checkbox"/> Counseling en activité physique et exercice | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Arthrose et fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Séances d'information |

Veillez spécifier votre raison principale pour recevoir les services :

Nutrition

- Gestion de poids
- Diabète
- Troubles de digestion
- Nutrition chez les enfants
- Nutrition personnes âgées

Activité physique & exercice

- Douleur articulaire
- Gestion de poids
- Gestion de maladies chroniques
- Conditionnement physique
- Prévention des chutes

Santé mentale

- Anxiété
- Dépression
- Stress
- Dépendance/toxicomanie
- Deuil
- Trauma

Autre : _____

Séances d'information en groupe

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gestion du sommeil | <input type="checkbox"/> Gestion du stress | <input type="checkbox"/> La science du poids |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur chronique | <input type="checkbox"/> Motivation et énergie | <input type="checkbox"/> Programme d'exercices |
| <input type="checkbox"/> Gestion de l'anxiété chez l'enfant | <input type="checkbox"/> Médecine du mode de vie | |

Que faites-vous présentement pour gérer votre situation?

- | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| Avez-vous du soutien de la part de votre famille ou de vos amis(es)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Disposez-vous d'un moyen de transport? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous une assurance santé privée? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Disponibilités pour recevoir des appels | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Après-midi |

Numéro de téléphone où vous joindre : _____

- | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Pouvons-nous laisser un message sur votre boîte vocale? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Disponibilités pour les séances d'information | <input type="checkbox"/> Matin | <input type="checkbox"/> Après-midi | <input type="checkbox"/> Soirée |
| Langue de préférence | <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Les deux |

CES INFORMATIONS DEMEURENT CONFIDENTIELLES

Pour l'administration seulement:

Date de réception:

Initiales: