

Nom :		Prénom :	
Date de naissance : _____ <small>Année Mois Jour</small>		Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>	
		Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone / résidence :		Téléphone / travail :	
Télécopieur / résidence :		Télécopieur / travail :	
Courriel / résidence :		Courriel / travail :	
Votre poids :	Votre taille :	Avez-vous des enfants : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Lieu de résidence :		Type de résidence :	
Urbain <input type="checkbox"/> Résidentiel <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Unifamiliale <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/> Spécifiez :		Autre <input type="checkbox"/> Spécifiez :	
Pourquoi voulez-vous un chien-guide ?			
Avez-vous déjà eu un chien-guide ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Si oui, de quel organisme ?	
Avez-vous un emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, quelle est votre occupation :			
Êtes-vous aux études ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Pathologie de la cécité :		Degré de vision :	
Avez-vous des problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Si oui, êtes-vous appareillé ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, fournissez-nous un audiogramme	
Rencontrez-vous des difficultés dans vos déplacements dû à vos problèmes d'auditions ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Quel est votre état de santé en général ?			
Spécifiez vos problèmes de santé :			
Avez-vous déjà suivi un entraînement en orientation et mobilité ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Si oui, spécifiez le nom du centre :			
Spécialiste :		Date de l'entraînement :	
		Durée de l'entraînement :	
Comment avez-vous entendu parler de la Fondation MIRA Inc. ?			

- J'autorise la Fondation Mira Inc. à se procurer les informations nécessaires afin de compléter mon dossier. Toutes les informations seront traitées de façon confidentielle.**

Date : _____

Signature : _____

Rapport médical

Votre patient(e) a fait une demande de chien-guide. Notre cours d'une durée de 33 jours est rigoureux et a lieu indépendamment des conditions atmosphériques. Auriez-vous l'obligeance de compléter cette formule ; ceci nous permettra de donner à votre patient(e) l'entraînement approprié à sa condition physique.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone / résidence :

Téléphone / travail :

Votre patient(e) souffre ou a souffert des maladies suivantes :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Rhumatisme ou arthrite |
| <input type="checkbox"/> Crise convulsive, perte de conscience, étourdissement | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Troubles orthopédiques | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Troubles du système nerveux | <input type="checkbox"/> Hernie |
| <input type="checkbox"/> Paralyse | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Équilibre | <input type="checkbox"/> Blessures sérieuses |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Coordination | <input type="checkbox"/> Autres troubles physiques |
| <input type="checkbox"/> Troubles émotionnels | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux ou urinaires |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestifs (si oui, voir feuille annexée) | <input type="checkbox"/> Hépatite |
| <input type="checkbox"/> Troubles nerveux | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Allergies | |

Expliquez toute réponse positive mentionnée ci dessus :

La cause de la cécité :

Le degré de vision :

Décrivez toute histoire de troubles pulmonaire :

Décrivez toute histoire de troubles cardiaques, hypertension ou accident cérébro-vasculaire :

Décrivez toute diète spéciale et indiquez toute médication ainsi que les doses quotidiennes :

Date

Signature du médecin traitant

Pour patient(e) diabétique - Traitement

Diète :

Calories par jour :

Médication orale :

Dose quotidienne :

Insuline

Posologie (matin) :

Insuline

Posologie (soir) :

Votre patient(e) se pique-t-il lui-même (se pique-t-elle elle-même) ? oui non Votre patient(e) mesure-t-il lui-même (mesure-t-elle elle-même) son insuline ? oui non Votre patient(e) ajuste-t-il lui-même (ajuste-t-elle elle-même) sa dose d'insuline ? oui non Votre patient(e) vérifie-t-il lui-même (vérifie-t-elle elle-même) son taux de sucre ? oui non

Méthode utilisée pour vérification du taux de sucre :

Date et rapport de la plus récente glycémie :

Date et incidence du plus récent coma ou choc hypoglycémique :

Complications secondaires (neuropathie - néphropathie, etc.) Indiquez instructions spéciales et/ou suggestions :

Date de l'examen sur lequel est basé ce rapport :

Date

Signature du médecin traitant