

Date : _____

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Adresse (rue, n° d'unité, ville, province et code postal) :

Tél. domicile : _____

Tél. Cellulaire : _____

Tél. travail : _____

Courriel : _____

Mode de contact préféré :

Tél. à domicile

Tél. au travail

Tél. cellulaire

Courriel

Profession : _____

Ne travaille pas

Autre(s) langue(s) parlées : _____

Au cours des 2 dernières années, est-ce que vous ou votre famille avez utilisé les services de l'Hôpital général de la baie Georgienne ?

Oui Non

Quels sont les domaines qui vous intéressent ? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)

Soins ambulatoires

Soins intensifs

Rénal/Rein

Soins critiques

Laboratoire

Chirurgie

Soins palliatifs

Obstétrique

Réadaptation

Médecine

Pharmacie

Comité d'adaptation aux aînés

Chirurgie

Urgence

Autre :

Imagerie/Diagnostic

Pourquoi souhaitez-vous devenir conseillère/conseiller patient-famille?

Disponibilité:

Certaines réunions de l'hôpital ont lieu à 8 h ou à 16 h, mais la plupart se déroulent entre les deux. Veuillez nous indiquer les heures auxquelles vous êtes en mesure de participer aux réunions :

Je suis disponible aux dates et aux heures suivantes pour me consacrer en tant que conseillère/conseiller au CCPF (cliquez sur toutes les cases qui s'appliquent) :



Formulaire de demande - Conseiller patient-famille

Jour de la semaine : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Temps de la journée : 8 h – 11 h 11 h – 13 h 13 h-16 h

Je serais disponible pour contribuer au rôle de conseiller du CCPF pour un minimum d'un an.

Oui Non

Combien d'heures par mois pouvez-vous vous y consacrer ?

1 à 5 5 à 10 10+

Autres renseignements :

Êtes-vous présentement bénévole/employé de l'HGBG?

Oui Non Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails :

Avez-vous déjà été bénévole/employé de l'HGBG?

Oui Non Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir des détails, notamment le service concerné et les dates approximatives :

Veillez relire avant de signer :

- Je comprends que le fait de soumettre cette candidature et/ou de passer en entrevue ne garantit pas un poste de conseillère/conseiller patient-famille.
- En cas d'acceptation à un poste de conseillère/conseiller, je comprends que l'HGBG exige que les documents/tests suivants soient complétés :
 - Vérification des antécédents criminels avec recherche dans le secteur vulnérable (18 ans et plus).
 - Test de dépistage de la tuberculose en 2 étapes et preuve d'immunisation.
 - Signer un accord de confidentialité et un code de conduite.

Cette liste n'est pas exhaustive. De plus amples détails seront fournis au moment de l'acceptation.

- J'ai lu et compris le Manuel du conseiller patient et famille (Patient and Family Advisor Handbook).
- Je comprends qu'en tant que conseillère/conseiller, je serai redevable au responsable du programme concerné à l'HGBG.

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. Je comprends qu'une fausse déclaration peut me disqualifier ou entraîner mon renvoi.

Signature : _____

Date : _____