

**RAPPORT
DU MÉDECIN
TRAITANT**

Nom du demandeur: _____

Nom du Patient: _____ Âge: _____

Adresse: _____

NOTE IMPORTANTE AU MÉDECIN

Votre patient a fait une demande de logement/transfert auprès de notre Corporation pour raison médicale. L'information que vous nous fournirez nous aidera à mieux évaluer sa demande. Il est essentiel que vous soyez le plus spécifique possible dans votre évaluation afin que nous puissions prendre une décision éclairée à savoir si nos logements répondent aux besoins de votre patient. Soyez assuré que toutes les informations contenues dans votre rapport demeureront strictement confidentielles.

Merci de votre aide.

AUTORISATION DU PATIENT

Par la présente, j'autorise mon médecin à divulguer toute information nécessaire sur ma condition médicale à:

CORPORATION DE LOGEMENT À BUT NON LUCRATIF DE HEARST

C.P. 1540

810 RUE GEORGE

HEARST, ONTARIO

POL 1N0

Tél.: (705) 372-1404 ~ Télécopieur: (705) 372-1788

Signature du patient: _____

Diagnostic : _____

Est-ce que les problèmes médicaux de votre patient sont aggravés par sa situation de logement actuelle?

Si oui, veuillez expliquer.

À votre opinion, comment la situation médicale de votre patient sera-t-elle affectée par un nouveau logement/transfert? (Encercler une seule réponse.)

Amélioration

Stabilisation

Détérioration

En maintenant en tête que les logements publics peuvent être densément peuplés, avoir un secteur géographique relativement petit et souvent avoir des pressions et problèmes qui peuvent intensifier ces problèmes, estimez-vous que votre patient peut interagir positivement, sur une base quotidienne, avec les autres locataires du même projet de logement?

Veuillez indiquer ci-dessous tout type de comportement dont votre patient fait preuve et qui pourrait être considéré anti-social, destructif, ou autodestructeur.

Veuillez indiquer toute autre information qui pourrait nous aider dans notre prise de décision.

CERTIFICATION DU MÉDECIN

Je certifie que, à ma connaissance, l'information contenue dans ce rapport est vraie et correcte et qu'elle représente mon meilleur jugement professionnel.

Nom: _____

Signature: _____

Adresse: _____

Le médecin peut remettre ce formulaire directement au patient ou le poster/télécopier à:

**CORPORATION DE LOGEMENT À
BUT NON LUCRATIF DE HEARST
C.P. 1540
810 RUE GEORGE
HEARST, ONTARIO
POL 1NO
Télécopieur: (705) 372-1788**