

<p align="center">Courriel</p>	<p align="center">Nombre de résidents dans le ménage</p>	<p>Voyagerais-tu pour accéder à un fournisseur de soins de santé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p align="center">Si oui, quelle distance approximative?</p> <p><input type="checkbox"/> 25 km <input type="checkbox"/> 50 km <input type="checkbox"/> 100 km</p>
<p>OPTIONNEL – Sélectionnez ceux qui s’appliquent :</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendances</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrite</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur chronique</p> <p><input type="checkbox"/> Santé cognitive (Alzheimer, démence)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Emphysema/COPD</p> <p><input type="checkbox"/> GERD (reflux acide)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie du cœur</p> <p><input type="checkbox"/> Pression artérielle élevée/basse</p> <p><input type="checkbox"/> Santé mentale (stress, anxiété, dépression)</p>	<p>Avez-vous des ordonnances ou des médicaments qui nécessitent des renouvellements continus?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p align="center">Êtes-vous enceinte?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O</p>
<p align="center">EN SIGNANT LE PRÉSENT DOCUMENT, JE CONSENS À CE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SOIENT PARTAGÉES AVEC D’AUTRES PERSONNES.</p>		
<p align="center">Signature</p>		
<p align="center">Date</p>		

Lorsque le formulaire est rempli, prière de le rapporter en personne ou de l’envoyer par la poste à cette adresse : 3851, rue Principale, Baker-Brook, N.-B. E7A 2A1, ou par courriel à cette adresse : info@haut-madawaska.com.