**Formulaire pré-évaluation**

Écrivez un X à côté des éléments pour spécifier vos choix

Nom :

Adresse :

Numéro téléphone Domicile : Cell :

Courriel :

Je demande ce service pour :

[ ]  Moi

[ ]  Un patient

[ ]  Une proche

Date de naissance :

Diagnostic visuel :

Mesures visuels (fournir un rapport d'optométrie / ophtalmologie, si disponible) :

Autres problèmes de santé liés/non liés à la condition visuelle :

Indiquez le type d’entrainement/service pour lequel vous souhaitez recevoir de l'aide (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Entraînements visuels | [ ]  Techniques de canne |
| [ ]  Traversée de rues | [ ]  Entrainement avec télescope |
| [ ]  Transport en commun (bus, métro, train) | [ ]  Déplacements nocturnes |
| [ ]  Transport adapté | [ ]  Déplacements hivernales |
| [ ]  Familiarisation d'un nouvel environnement (hôpital, lieu d’éducation, déménagement, nouvel emploi) | [ ]  Apprentissage de la technologie de navigation |
| [ ]  Navigation dans des environnements complexes/inconnus (hôpitaux, centres commerciaux, détours de construction, etc.) | [ ]  Problèmes d’orientation (se perdre) |

Difficultés rencontrées (soyez spécifique) :

Avez-vous déjà vu un spécialiste en orientation et mobilité? [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, quand?

Aides à la mobilité actuellement utilisées (si applicable) :

Zone (s) que vous préférez recevoir des sessions (cochez toutes les réponses qui s'appliquent). Veuillez indiquer l'adresse à côté de la zone marquée si ce n'est déjà indiqué ci-dessus; sinon, indiquer «neutre» :

[ ]  Domicile

[ ]  Lieu de travail

[ ]  Lieu d’éducation

[ ]  Commerce

[ ]  Station de transport en commun

[ ]  Emplacement extérieur spécifique

[ ]  Établissement médical

[ ]  Autre

[ ]  Neutre

Personne(s) avec qui vous souhaitez recevoir un entrainement :

Relation :

Date(s) préférée pour le service :

Heure préférée de la journée [ ]  Matin [ ]  Après-midi [ ]  Soir

Mode de communication préféré [ ]  Téléphone [ ]  Courriel [ ]  texto

Où avez-vous entendu parler de nos services?

[ ]  Moteur de recherche internet (Google, etc.)

[ ]  Des médias sociaux (Facebook, Instagram, Twitter, etc.)

[ ]  Collègue

[ ]  Ami / Membre de la famille

[ ]  Autre

**Paiement**

[ ]  Chèque [ ]  Argent comptant [ ]  Carte de crédit

[ ]  Visa [ ]  Mastercard [ ]  American Express

Nom sur la carte

Adresse de facturation

Numéro de carte

CVV

Date d'expiration

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date

Veuillez envoyer le formulaire complété à : clients@povsolutions.com