**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