

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Téléphone Résidence \_\_\_\_\_ Travail /Cel \_\_\_\_\_

Langue (svp encercler)    français    anglais    français ou anglais (l'une ou l'autre m'est acceptable)

De quelle(s) maladie(s) souffrez-vous? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler du programme? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous êtes suivi d'un médecin de famille pour votre condition? (svp encercler)    Oui / non

Dans les derniers 6 mois avez-vous consulté a votre CLSC? (svp encercler)    Oui / non

Si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé dans un des six hôpitaux du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)?** (l'Hôpital : Général de Montréal, Royal Victoria, Neurologiques de Montréal, Lachine, l'Institut thoracique de Montréal et l'Hôpital de Montréal pour enfants)    (svp encercler)    **Oui / non**

Nous offrons **deux ateliers différents**. SVP, indiquez votre **choix** :

\_\_\_\_\_ -L'ABC de l'autogestion des soins des maladies chroniques (pour les gens ayant un ou multiples conditions chroniques avec ou sans symptômes de la douleur)

\_\_\_\_\_ -L'ABC de l'autogestion des soins de la douleur chronique (pour les gens ayant un ou multiples conditions qui leur causent de la douleur chronique)

Seriez-vous accompagné par un chien de guide? (svp encercler)    Oui / non

Qu'est-ce que vous attendez/aimerez accomplir en suivant ce programme? \_\_\_\_\_

Quels sont vos jours ou heure préférés (les ateliers de 2.5 heures auront lieu une fois par semaine pendant six semaines consécutives)? *Veillez s'il vous plaît indiquer vos préférences dans l'ordre avec les chiffres : 1, 2, 3*

<u>Jours préférés</u>	<u>Heures préférées</u>
_____ mardi	_____ matin (ex. 10h00 - 12h30)
_____ mercredi	_____ après-midi (ex. 14h00 - 16h30)
_____ jeudi	_____ soir (ex. 18h15 – 20h45)

**S'il vous plaît, nous transmettre votre formulaire d'inscription dûment rempli par :**

**Télécopieur : 514-934-4413 ou par courriel : [mytoolbox.mni@mcgill.ca](mailto:mytoolbox.mni@mcgill.ca)**

**Questions/Commentaires : 514-934-1934, poste 71585 Site web : [mytoolbox.mcgill.ca](http://mytoolbox.mcgill.ca)**