

Les difficultés financières ne devraient jamais être un obstacle à l'accès aux services d'information médicale d'urgence. Voilà pourquoi, avec l'aide des professionnels de la santé du Canada, MedicAlert offre un programme d'Assistance à l'adhésion qui procure les services de MedicAlert sans frais pour les Canadiens, peu importe leurs moyens financiers.

Vous pouvez faire la demande d'assistance en remplissant le formulaire ci-dessous. Votre médecin, l'infirmière, le travailleur social ou le pharmacien vous référant doit remplir et signer la section B de ce formulaire. Les demandes sont examinées individuellement et la durée du programme couvrira un (1) an à compter de la date d'inscription du membre. MedicAlertMD se réserve le droit de vérifier les informations fournies et celles-ci seront prises en considération chaque année dans la décision du renouvellement de l'assistance. Une fois toutes les sections du formulaire de la demande complétées, faites le parvenir à MedicAlert :

par la poste : MedicAlert Fondation Canada, Centre Il Morneau Shepell, 895, rue Don Mills, bureau 600, Toronto (Ontario) M3C 1W3 ou
par télécopieur : 1 800 392.8422

Renseignements personnels

Êtes-vous ou avez-vous déjà été membre de MedicAlert^{MD} ? Non Oui # Id MedicAlert _____

Prénom _____ Nom _____ M. Mme Mlle Dr

Communications français anglais Date de naissance (m/j/an) ____ / ____ / ____ Sexe M F

Adresse postale _____ App. _____

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

Meilleur numéro à appeler (____) _____ Autre No (____) _____ Poste _____

Meilleur moment pour appeler AM PM Courriel* _____ Non disponible

Renseignements sur le parent/tuteur/tutrice

Si le nouveau membre est mineur ou un adulte sous tutelle, veuillez spécifier le nom du parent/tuteur/tutrice responsable des mises à jour du dossier du membre. Le parent ou le tuteur/la tutrice devrait être le premier contact d'urgence personnel.

Nom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

Téléphone (____) _____ Autre No (____) _____ Courriel* _____

Contacts médicaux d'urgence

1. Médecin _____ Adresse _____

Spécialité _____ Téléphone (____) _____ poste _____ Est-ce le médecin traitant?

2. Médecin _____ Adresse _____

Spécialité _____ Téléphone (____) _____ poste _____ Est-ce le médecin traitant?

J'autorise les contacts d'urgence ci-dessus à accéder à mes renseignements médicaux : Contact #1 Contact #2

Contacts d'urgence personnels (famille/amis)

1. Nom _____ Lien de parenté _____

Téléphone résidence (____) _____ Autre No de téléphone (____) _____

2. Nom _____ Lien de parenté _____

Téléphone résidence (____) _____ Autre No de téléphone (____) _____

Conditions de santé (la terminologie médicale et les abréviations reconnues seront utilisées)

Gravure français anglais

Conditions de santé (inclure toutes chirurgies majeures ou procédures médicales) _____

Tous les médicaments par ordonnance _____

Allergies / anaphylaxie _____

Utilisez-vous un auto-injecteur d'épinéphrine ? Oui Non

Implants / appareils (inclure une copie de votre carte d'implants, si possible)

TYPE _____ MANUFACTURIER _____ N° DE MODÈLE _____ N° DE SÉRIE _____

Besoins spécifiques _____

SECTION B

Référence

Afin d'être admissibles au programme d'Assistance à l'adhésion, cette section **doit être remplie et signée** par l'une des personnes suivantes :

Référé(e) par : Médecin Infirmier(ère) Travailleur(se) social(e) Pharmacien(ne)

Nom de la personne qui réfère : _____ Numéro de téléphone : (____) _____

Je, _____ possède une connaissance suffisante de la personne requérante, ainsi que des circonstances et de son état de santé pour recommander qu'elle reçoive une adhésion subventionnée par MedicAlert^{MD}, étant donnée sa situation financière.

Signature de la personne qui réfère : _____ Date : _____

Choix d'identifications médicales

Informations sur les grandeurs :

Utilisez une règle en tissu pour mesurer la taille de votre poignet confortablement en pouces. Si la mesure est de ¼ pouce, commandez la taille de ½ pouce suivante. Utilisez ce tableau pour trouver votre taille. Les colliers ne conviennent pas aux enfants de moins de 10 ans.



100-A



101-B ■



102 (chaîne de 26po)

Poignet
5"
5 ½"
6"
6 ½"
7"
7 ½"
8"
8 ½"
9"

Choisissez votre identification MedicAlert : Modèle : 100-A 101-B 102 Grandeur : _____

Déclaration du membre (assurez-vous de lire et de signer la déclaration du membre ci-dessous)

Une adhésion à MedicAlert^{MD} Fondation Canada (« MedicAlert ») est conditionnelle à l'acceptation de la part d'un individu des modalités suivantes (la « Déclaration du membre »).

JE RECONNAIS et accepte que :

- Au moment de mon adhésion, MedicAlert créera et maintiendra un dossier de membre électronique (« dossier ») contenant mes renseignements personnels et renseignements privés sur ma santé que je fournirai ou ferai fournir à MedicAlert (collectivement, « mes renseignements personnels »), lequel dossier sera identifié à mon nom et conservé au Centre Il Morneau Shepell, 895, rue Don Mills, bureau 600, Toronto (Ontario) M3C 1W3, et me fournira : i) une gravure personnalisée sur un produit d'identification MedicAlert (« identification »); ii) le service de la ligne d'urgence 24 heures MedicAlert; iii) les communications pertinentes à MedicAlert; et iv) l'accès par voie électronique à mon dossier (collectivement, les « services »).
- MedicAlert utilisera et divulguera mes renseignements personnels dans le but de fournir et d'administrer les services et, lorsque nécessaire, pourra transférer mes renseignements personnels ou donner accès à ces renseignements à des fournisseurs de services tiers retenus par MedicAlert afin de l'aider à administrer ou à fournir ces services (incluant MedicAlert Foundation International, qui exerce ses activités aux États-Unis et qui est liée à la ligne d'urgence MedicAlert).
- J'informerai MedicAlert rapidement de tout changement ou erreur dans mon dossier, mon produit d'identification MedicAlert ou sur ma carte de membre, je ferai la mise à jour et la confirmation des renseignements dans mon dossier au moins une fois par année, et je reconnais que ce document est une entente irrévocable entre MedicAlert et moi, et que, sauf si je signe et remets un formulaire d'annulation de services, je suis responsable de tous les frais de service que je dois payer en vertu de cette entente. De plus, si je soumetts un formulaire d'annulation de services, MedicAlert retirera tous les renseignements d'identification personnels de mon dossier et cessera de me fournir ses services; et je cesserai de porter mon produit d'identification MedicAlert^{MD}.
- MedicAlert, les intervenants d'urgence et autres professionnels de la santé (collectivement, les « intervenants ») sont autorisés à communiquer avec les personnes-ressources, en cas d'urgence, les tuteurs ou les fournisseurs en soins (collectivement, les « personnes-ressources ») que j'aurai indiqués afin de donner ou d'obtenir des renseignements personnels au cours des situations jugées comme urgentes par les intervenants. De plus, lors de situations qui ne représentent pas d'urgence, MedicAlert pourra discuter de mon dossier avec les personnes-ressources si : i) j'ai donné mon consentement ou que les personnes-ressources sont juridiquement autorisées à agir en mon nom; et que ii) les personnes-ressources peuvent s'identifier.
- MedicAlert, ses dirigeants, ses administrateurs, ses employés et ses représentants ne seront tenus responsables d'aucune conséquence de quelque nature que ce soit, incluant, sans s'y limiter, les réclamations, actions ou perte, ni d'aucun dommage quel qu'il soit, attribuables ou relatifs à toutes erreurs ou omissions dans mes renseignements personnels (que ces renseignements aient été fournis par moi-même ou par une tierce personne);
- MedicAlert peut combiner mes renseignements personnels à d'autres informations sur la santé, d'une façon qui ne permettra pas de m'identifier ou d'identifier l'une des personnes-ressources inscrites à mon dossier, et utiliser ces données pour des projets de recherche ou d'études d'intérêt pour le milieu des soins de santé.
- Si je participe au programme MedicAlert Sécu-Retour[®], MedicAlert fournira également mes informations démographiques à la Société Alzheimer du Canada, ainsi qu'au bureau local de la Société Alzheimer, dans le but de : m'offrir l'accès au soutien et à l'éducation; et, à moins que je ne me retire en composant le 1 855 581.3794 ou en visitant medicalert.ca/monmedicalert, des informations sur la façon dont l'oeuvre de la Société Alzheimer du Canada est financée.
- Je recevrai des communications provenant de MedicAlert en fonction des préférences indiquées ci-dessous. Je peux changer mes préférences de communication à tout moment en composant le 1 855 724.2499 ou en visitant medicalert.ca/monmedicalert.

JE COMPRENDS que je peux obtenir une copie de la Politique de confidentialité de MedicAlert, et des renseignements supplémentaires sur ses pratiques en matière de respect de la vie privée et sur la manière d'accéder aux renseignements personnels de mon dossier ou de les corriger sur le site Web de MedicAlert Fondation Canada à l'adresse medicalert.ca/help/privacy-policy, ou en téléphonant au Commissaire à la protection des renseignements sur la vie privée chez MedicAlert, au 1 866 679.3217, poste 1243.

JE RECONNAIS et accepte que j'ai lu et compris la Déclaration du membre MedicAlert disponible en ligne sur MedicAlert.ca, et en composant le 1 800 668.1507. Si je ne suis pas le demandeur, j'affirme que j'ai la permission du demandeur, ou un droit légal, de remplir ce formulaire au nom du demandeur.

Signature : _____ Date : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom : (caractère d'imprimerie) _____ Lien avec le membre : _____