



Gestionnaire des soins cliniques (GSC) - Entente sur les résultats

Nom de famille du client :	Prénom(s) du client :	N° du dossier :
Adresse :	Code postal :	N° de téléphone :
		() -
Nom du gestionnaire des soins cliniques (GSC) :		N° de téléphone du GSC :
		() -

Besoins mutuellement définis

<input type="checkbox"/> Détérmination des besoins permanents	<input type="checkbox"/> Psycho-éducation pour des questions de santé mental
<input type="checkbox"/> Contact téléphonique quotidien/hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Réunions hebdomadaires
<input type="checkbox"/> Contact avec le médecin/fournisseur	<input type="checkbox"/> Plan d'activités pour la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Développement d'une compétence particulière	<input type="checkbox"/> Soutien familial
<input type="checkbox"/> Élargissement du réseau social du client	<input type="checkbox"/> Aide au logement ou soutien professionnel
<input type="checkbox"/> Questions financières	<input type="checkbox"/> Liaison avec les organismes communautaires
<input type="checkbox"/> Facilitation des évaluations cliniques	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Résultat visé :

Les interventions suivantes ont fait l'objet de consensus :

Intervention	Personne responsable	Date d'échéance

Résultat visé :

Les interventions suivantes ont fait l'objet de consensus :

Intervention	Personne responsable	Date d'échéance

Nom de famille du client :	Prénom(s) du client :	N° de dossier :
----------------------------	-----------------------	-----------------

Résultat visé :

Les interventions suivantes ont fait l'objet de consensus :

Intervention	Personne responsable	Date d'échéance

Résultat visé :

Les interventions suivantes ont fait l'objet de consensus :

Intervention	Personne responsable	Date d'échéance

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* et de la *Loi sur les pensions* afin de faciliter l'élaboration d'un plan de gestion de cas. La divulgation des renseignements est volontaire. Le refus de remplir le présent formulaire pourrait retarder la gestion de cas du client.

Tous les renseignements personnels recueillis et utilisés sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Une opinion enregistrée au sujet d'une personne est considérée comme étant un renseignement personnel au sujet de ladite personne et lui appartenant. La *Loi sur la protection des renseignements personnels* donne aux clients le droit d'avoir accès à leurs renseignements personnels qui se trouvent sous l'autorité du Ministère. Cette loi leur donne aussi le droit de contester l'exactitude et l'exhaustivité de leurs renseignements personnels et de les faire modifier comme il convient.

Pour de plus amples renseignements à ce sujet, vous pouvez écrire au Bureau de la coordonnatrice, Accès à l'information et protection des renseignements personnels, Anciens Combattants Canada, CP 7700, Charlottetown, PE, C1A 8M9. Veuillez mentionner le numéro de fichier de renseignements personnels ACC PPU 550 et/ou ACC PPU 055.

Signature du client :	Date :
Signature du gestionnaire des soins cliniques :	Date :
Signature du conseiller de secteur :	Date :