



COMITÉ CONSULTATIF SUR LA FAMILLE FICHE D'INFORMATION POUR LES MEMBRES

BUT

Le Comité consultatif sur la famille soutient le Réseau du Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain (CMNRP) dans sa vision, sa mission et ses buts d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés. Ce comité fournit des conseils au Réseau du CMNRP au sujet des besoins des familles et de leurs expériences avec les soins de santé reçus durant la grossesse, l'accouchement et au cours du premier mois après la naissance.

.....
** S'il vous plaît prendre note que ces réunions se tiendront en anglais.*

Les informations suivantes seront utilisées par la présidente du comité et les membres de l'équipe de direction pour choisir les membres représentant les familles pour ce comité. Toutes les informations seront tenues strictement confidentielles. Si vous avez des questions, s'il vous plaît communiquer avec Lauren Rivard, Consultante périnatale au (613) 549-6666 poste 4960.

NOM (s'il vous plaît imprimer): _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____

No. DE TÉLÉPHONE: JOUR: () _____ SOIRÉE: () _____

TÉLÉCOPIEUR: () _____ COURRIEL: _____

POURQUOI DÉSIREZ-VOUS DEVENIR MEMBRE DE CE COMITÉ?

SELON VOUS, QUELLES SONT LES QUESTIONS LES PLUS IMPORTANTES QUI DEVRAIENT ÊTRE ABORDÉES PAR CE COMITÉ?

QUEL EST VOTRE EXPÉRIENCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ?

(s'il vous plaît cocher tous les choix qui s'appliquent)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Père | ☐ Mère | ☐ Parent d'accueil |
| ☐ Naissance à la maison | ☐ Naissance dans un centre hospitalier | |
| ☐ Milieu urbain (ville) | ☐ Milieu rural (en campagne) | |
| ☐ Grossesse normale | ☐ Grossesse à risque élevé | ☐ Grossesse pendant l'adolescence |
| ☐ Naissance par voie vaginale | ☐ Naissance par césarienne | |
| ☐ Admission à l'Unité des soins intensifs néonataux (USIN) / Pouponnière de soins spéciaux (PSS) | | |
| ☐ Réadmission à l'hôpital (mère et/ou bébé) durant la semaine suivant la naissance | | |
| ☐ Perte périnatale (fausse-couche, bébé mort- né, mort néonatale, interruption de la grossesse) | | |
| ☐ Autochtones / Premières nations / Inuits | ☐ Francophone | ☐ Anglophone |
| ☐ Né au Canada | ☐ Nouveaux arrivants au Canada | |
| ☐ Diversité culturelle / linguistique (s'il vous plaît préciser : _____) | | |

QUELS MOMENTS DE LA JOURNÉE ET QUELS JOURS DE LA SEMAINE SERIEZ-VOUS DISPONIBLE POUR ASSISTER À CES RÉUNIONS? (S'il vous plaît cocher tous les choix qui s'appliquent)

- | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Matin | ☐ Après-midi | ☐ Soirée | | |
| ☐ Lundi | ☐ Mardi | ☐ Mercredi | ☐ Jeudi | ☐ Vendredi |

AURIEZ-VOUS DES COMMENTAIRES ADDITIONNELS À PARTAGER AVEC NOUS?

SI VOUS N'ÊTES PAS CHOISI COMME MEMBRE DE CE COMITÉ, POURRIONS-NOUS VOUS CONSULTER PAR COURRIEL AU SUJET DE QUESTIONS SPÉCIFIQUES?

- ☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE DU CANDIDAT: _____ **DATE:** _____

S'il vous plaît faire parvenir votre formulaire dûment rempli au Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain par courrier, en personne, ou par télécopieur à l'adresse suivante : 2305, boul. St. Laurent, Suite 300A, Ottawa ON K1G 4J8, télécopieur : 613-738-3633. Attention: Ariane Cloutier, acloutier@cmnnp.ca.