

**Étapes pour un aiguillage vers Premier lien® :**

1. Entrez autant de renseignements **que vous le pouvez**. Le nom et les coordonnées sont essentiels; les autres renseignements nous aideront à fournir le meilleur service possible à nos clients.
2. Demandez aux clients l'autorisation d'envoyer leur nom à la Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick et demandez-leur de signer la **déclaration de consentement/signature** au bas de cette page.
3. Envoyez les renseignements relatifs à l'aiguillage par **télécopieur** au numéro 1-506-452-0313

**Partenaire qui fait l'aiguillage :** \_\_\_\_\_ **Nom de l'organisation :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postale :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Télécopieur :** \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

**Personne soignante :** \_\_\_\_\_ **Ville de résidence :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Meilleur temps à appeler :**  Matin  Après-midi  
**Courriel :** \_\_\_\_\_ **Lien avec la personne atteinte de démence :** \_\_\_\_\_

Remarques :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Personne atteinte de démence :** \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Meilleur temps à appeler :**  Matin  Après-midi  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Diagnostic :** \_\_\_\_\_ **Date du diagnostic :** \_\_\_\_\_

Remarques :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Prendre contact :**  Immédiatement  Dans 3 semaines conformément aux lignes directrices de Premier lien

À la réception du présent formulaire d'aiguillage, un coordonnateur Premier lien® communiquera avec la première personne nommée sur ce formulaire afin de discuter du programme Premier lien®.

**DÉCLARATION DE CONSENTEMENT**

En apposant ma signature ci-dessous, je, \_\_\_\_\_, autorise la Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick à :

- a) Me contacter pour me donner des renseignements sur la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées ainsi que sur les programmes et services dont ma famille et moi pourrions bénéficier;
- b) Informer l'organisme ou la personne qui m'a aiguillé au programme Premier lien qu'elle (la Société Alzheimer) a réussi à communiquer avec moi. L'unique objectif de cette communication entre la Société Alzheimer et le partenaire de référence est d'assurer que les normes du programme sont respectées. Je comprends que tous les détails de la communication entre les représentants de la Société Alzheimer du Nouveau-Brunswick et le client susmentionné et ses aidants naturels resteront confidentiels et ne seront en aucun cas communiqués à des tiers, y compris le partenaire de référence susmentionné.

**Signature du client :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Signature du soignant(e) :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_