

Nous vous remercions de votre intérêt envers le poste de conseiller/conseillère pour les patients et la famille (CPF) à Horizon Santé-Nord (HSN). Bien que les CPF n'aient pas de contact direct avec les patients, HSN dépend d'eux, car leurs opinions, idées et contributions aident à influencer le changement et ont une incidence sur les soins et les services que nous offrons à nos patients et à leur famille.

Nous choisissons les CPF selon les critères suivants :

- Leur perception de l'expérience qu'ils ont vécue à l'hôpital est à la fois positive et négative.
- Ils reflètent la diversité des gens servis par l'hôpital.
- Ils ne sont pas directement employés par HSN.

*\* Nous communiquerons seulement avec les candidats sélectionnés pour une entrevue.*

**Veillez remplir ce formulaire.**

Prénom et nom de famille

Adresse courriel

N° de tél. à domicile

N° de tél. au travail

N° de cellulaire

Adresse du domicile

Ville ou municipalité

Code postal

**Office Use Date Completed**

- Data Entry: \_\_\_\_\_
- Interview: \_\_\_\_\_
- Reference check \_\_\_\_\_
- CRC: \_\_\_\_\_
- Immunization (if accepted by PFA) \_\_\_\_\_
- Email Access  Yes  No: \_\_\_\_\_
- Review Privacy SLP: \_\_\_\_\_
- Code of Conduct Form: \_\_\_\_\_
- Confidentiality Form: \_\_\_\_\_
- Volunteer Orientation: \_\_\_\_\_
- PFA Orientation: \_\_\_\_\_
- Placement: \_\_\_\_\_
- Training Arranged: \_\_\_\_\_

Au cours des deux dernières années, est-ce que vous ou des membres de votre famille avez eu recours aux services d'Horizon Santé-Nord?

Oui

Non

Situation actuelle qui vous décrit le mieux (**veuillez cocher UNE seule réponse**)

Occupe un emploi

À la recherche d'un emploi

Étudiant(e)

Retraité(e)

Autre \_\_\_\_\_

Quelle est la meilleure façon de vous joindre?  téléphone  courriel  poste

Quel est le meilleur moment pour vous joindre?  jour  soirée  fins de semaine

Veillez préciser les heures où vous êtes disponible pour assister à des réunions :

Durant le jour, entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

En soirée, entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler du Programme consultatif des patients et des familles?


Pourquoi désirez-vous agir à titre de conseiller ou conseillère pour les patients et la famille?


Quels domaines vous intéressent tout particulièrement?


Possédez-vous des dons ou talents qui pourraient nous être utiles?


J'aimerais contribuer à une ou plusieurs des activités suivantes : (vous pouvez cocher plus d'une case)

- Examen des sondages sur la satisfaction des patients et de la famille
- Projets d'amélioration relatifs au plan stratégique ou au plan d'amélioration de la qualité
- Élaboration/examen des documents d'éducation pour les patients et les familles
- Élaboration/examen des documents d'éducation pour le personnel
- Co-animation des séances d'information pour le nouveau personnel (point de vue patients/familles)
- Formation des pairs et co-animation des ateliers pour les patients
- Partage des histoires des patients (prise de parole en public)
- Programme pour les familles et les enfants
- Traitement du cancer
- Programme de néphrologie
- Accessibilité
- Santé mentale et toxicomanie
- Programme de soins médicaux
- Services de pharmacie
- Réadaptation
- Thérapie respiratoire
- Programme chirurgical
- Services d'urgence
- Cardiologie
- Unité des soins intensifs
- Soins palliatifs
- Entrevues d'embauche
- Activités de recherche
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Veuillez lire et cocher les déclarations ci-dessous avant de signer.

- Je comprends qu'en acceptant le poste de conseiller/conseillère, je devrai présenter les résultats d'une vérification du casier judiciaire à HSN. D'autres détails seront fournis si j'accepte le poste.
- Je comprends qu'avant d'entreprendre mes fonctions, je peux choisir de soumettre les résultats négatifs d'un test de dépistage de la tuberculose en deux étapes et fournir une preuve d'immunisation. D'autres détails seront fournis si j'accepte le poste.
- Je comprends qu'avant d'entreprendre mes fonctions, je dois signer une entente de confidentialité.
- Je comprends qu'à titre de conseiller/conseillère, je relèverai de l'agente de liaison aux conseillers et conseillères pour les patients et la famille d'HSN.

## RÉFÉRENCE

Veillez fournir le nom d'une personne qui n'a aucun lien de parenté avec vous et qui pourra fournir des références morales à votre sujet.

Nom :	
Numéro de téléphone :	
Adresse courriel :	

Signature du/de la candidat(e) :	
Date :	

Normalement, nous communiquerons avec les candidats sélectionnés pour une entrevue dans les 30 jours qui suivent la réception de leur formulaire de demande.

Tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont considérés comme confidentiels et sont destinés uniquement à l'usage de l'agente de liaison aux conseillers et conseillères pour les patients et la famille d'Horizon Santé-Nord. Après réception de ce formulaire, nous pouvons communiquer avec vous pour vous convoquer à une entrevue en personne.

Veillez acheminer votre formulaire de demande dûment rempli par courriel à l'adresse [pfaprogram@hsnsudbury.ca](mailto:pfaprogram@hsnsudbury.ca)

OU envoyez-le par la poste :

Horizon Santé-Nord  
A/s de : Susanna Mansell, coordonnatrice de l'expérience des patients  
Centre de santé du lac Ramsey  
41, ch. du lac Ramsey  
Niveau 1, Administration  
Sudbury (Ontario)  
P3E 5J1

**Soumettre le formulaire**

Merci pour votre intérêt envers le poste de conseiller/conseillère pour les patients et la famille.

