




ΔΑΓΨΣΘΒ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ
CCΨΥΣΓΒ
Medical Evaluation Form
 Formulaire d'évaluation médicale

ΔΓΑΨΓΑΨΓ ΔΑΨΨΙΟΝ
 Isuarsivik Coding
 Code Isuarsivik



 ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ
 ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ
 ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ ΔΡΕΥΧΑΔΙΟΝ

Can only be completed by a doctor or nurse

Ne peut être rempli que par un médecin ou un(e) infirmier(ère)

βΛΔΩΓ,
 ρδΨΓΨΔΙΟ ΔΓΨΣΘΒ ΔΓΔΨΨΓΔΨ Γββσ ΔΓΑΨΓΑΨΓ ΔΠΓΥΔΨΓΓΓΔΨΓ. ΓΨρ ΔΓΑΨΓΑΔΔΓΥΔΨΓΔΨ
 ΔΑΓΨΔΨ ΓβΔΨΨΓΔΡΔΨΓβΨΓ ΔΓΔΨΔΨρΔΔΨβΨΓΔΨ ΔΓΑΨΓΑΨΓ ΓΓΛΔΨΨΔΨ ΔρΔΨΓΔΨ ΓΓΨΨΔΨ
 ΔρΔΨΓΔΨΔΨΠΓΓ ΠΓβΔΨ ΔΓΔΨΔΨ ΔΔΨΔΨΔΨ ΔΔΨΔΨΔΨΔΨ ΔΨΔΨ βΠββΔΨΔΨ ΔΓΑΨΨΔΨΔΨ
 ΔΨΔΨ ΔρΓΨβΓΔΨΔΨ. ΔΔΨΔΨΔΨΔΨΔΨΔΨ ΔΨΔΨΔΨΔΨΔΨΔΨΔΨ, **ΓββΔ ΔΑΨΓΠΓ ΔΡΔΨΔΨΔΨΔΨ**
ΨβΓΔΔΠΔΨ.

ΔΓΛΠΔΠ ΔΓΛΠΔΠΔΨΔΨΔΨ ΔΠΔΔΨΔΨΔΨΔΨ. ΔΑΨΓΠΓΨββΔΨ ΔΨΔΨΔΨ ΔΨΔΨΔΨ ΔΨΔΨΔΨ ΔΨΔΨΔΨ,
 ΔΨβΓΠ ΓΔΨΠΔΨ ΔΨββ **1-866-964-9994** ΔΨΔΨΔΨ ΓββΔΨΔΨΔΨ ΔΨΔΨΔΨ ΔΨββ
intake@isuarsivik.ca.

Dear Caregivers,
 We thank you for your involvement in this admission process. This applicant must be medically assessed as a potential participant in Isuarsivik’s eight-week recovery program. This program was designed for people who are physically and mentally able to take part in individual and group counseling and outings on the land. This form is also available in French, but we ask that you **please answer the questions in English.**

Your opinion will be highly considered for the selection process. If you have any questions while filling this form, do not hesitate to call us at **1-866-964-9994** or email us at **intake@isuarsivik.ca.**

Chères soignantes, chers soignants,
 Nous vous remercions d’avoir accepté de participer à notre processus d’admission. Le candidat ou la candidate dont vous évaluez la condition médicale aujourd’hui est un participant potentiel au programme de rétablissement de huit semaines d’Isuarsivik. Ce programme a été conçu pour des personnes qui sont physiquement et mentalement capables de prendre part à des consultations individuelles et de groupe de même qu’à des activités sur le territoire. Vous avez ici la traduction française du document d’origine, mais **nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions en anglais.**

Votre avis est important pour la sélection. Si vous avez des questions sur ce formulaire, n’hésitez pas à nous appeler au **1 866 964-9994** ou à nous envoyer un courriel à **intake@isuarsivik.ca.**



ሰጠኛው ስም ለሰጠኛው ስም ለሰጠኛው ስም Applicant's full name Nom complet de la personne

Text input field for Applicant's full name with a pen icon.

ፊርማ/ጽሑፍ ስም P.O. Box/community Boîte postale/communauté

Text input field for P.O. Box/community with a pen icon.

ስልክ ቁጥር Phone number N° de téléphone

Text input field for Phone number with a pen icon.

ዕለድ ስም Date of birth Date de naissance

Text input field for Date of birth with a pen icon.

ሕወት ስም Caregiver's name Nom de la personne soignante

Text input field for Caregiver's name with a pen icon.

ሰነድ/ስም Title/function Titre/poste

Text input field for Title/function with a pen icon.

ሰነድ ቁጥር Practice number N° de pratique

Text input field for Practice number with a pen icon.

ኢሜይል አድራሻ ስም Email address Adresse électronique

Text input field for Email address with a pen icon.

ስልክ ቁጥር Phone number N° de téléphone

Text input field for Phone number with a pen icon.

1 ስለ ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር

Does the individual have allergies? La personne a-t-elle des allergies?

ስህ አዎ → ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር. If yes, please list: Si oui, écrivez-les :

Text input field for listing allergies with a pen icon.

2 ስለ ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር

Does the individual have mobility issues? La personne a-t-elle des problèmes de mobilité?

ስህ አዎ → ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር ስነ-ምግባር. If yes, please list: Si oui, écrivez-les :

Text input field for listing mobility issues with a pen icon.




3

ልዕኔ በገንፅ ሕይወት ላይ ያለውን ሕክምና ችግር (ኮንባይን ጋንጎል) ለማረጋገጥ?

Does the individual experience or have experienced any physical health issue (i.e. hearing problem)?

La personne a-t-elle ou a-t-elle déjà eu un problème de santé physique (ex. troubles auditifs)?

ለይዘውት No Non አዎ Yes Oui → ለማረጋገጥ፣ ይግለጹልኝ። If yes, please explain: Si oui, expliquez :




4

ልዕኔ ለአሁን ለሕክምና ለውጤት ለውጤት ለውጤት ለውጤት?

Is the individual currently taking medication for a physical condition?

La personne prend-elle actuellement des médicaments pour un problème physique?

ለይዘውት No Non አዎ Yes Oui → ለማረጋገጥ፣ ይግለጹልኝ። If yes, please list: Si oui, écrivez-les :




5

ልዕኔ ለገንፅ ሕይወት ላይ ያለውን ሕክምና ችግር ለማረጋገጥ?

Does the individual experience or have experienced any mental health issue?

La personne a-t-elle ou a-t-elle déjà eu un problème de santé mentale?

ለይዘውት No Non አዎ Yes Oui → ለማረጋገጥ፣ ይግለጹልኝ። If yes, please list: Si oui, écrivez-les :




6

ልዕኔ ለአሁን ለሕክምና ለውጤት ለውጤት ለውጤት ለውጤት?

Is the individual currently taking medication for a mental health disorder?

La personne prend-elle actuellement des médicaments pour un trouble de santé mentale?

ለይዘውት No Non አዎ Yes Oui → ለማረጋገጥ፣ ይግለጹልኝ። If yes, please list: Si oui, écrivez-les :



7


ልዕኔ ለላገጥ ለላገጥ ለላገጥ ለላገጥ?

Is the individual pregnant?

La personne est-elle enceinte?

ለይዘውት No Non አዎ Yes Oui

→ ለማረጋገጥ፣ ይግለጹልኝ። ለላገጥ ለላገጥ ለላገጥ ለላገጥ? If yes, when is the due date? Si oui, quelle est la date prévue d'accouchement?



8

ልዕኔ ለሕክምና ለውጤት ለውጤት ለውጤት ለውጤት ለውጤት?

Does the individual have any medical condition that will require attention during the recovery program?

La personne a-t-elle un problème médical qui nécessitera ne attention particulière pendant le programme de rétablissement?

ለይዘውት No Non አዎ Yes Oui → ለማረጋገጥ፣ ይግለጹልኝ። If yes, please explain. Si oui, expliquez :





