

## FORMULAIRE D'INTÉRÊT

Pour les usagers en DI-TSA-DP et les proches d'un usager en DI-TSA-DP  
souhaitant s'impliquer comme partenaires

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

**1. Veuillez, s'il-vous-plaît, inscrire vos renseignements personnels :**

- Prénom
- Nom
- Téléphone
- Courriel
- Code postal de la personne résident sur le territoire de l'Est

**2. Quel est le meilleur moyen de vous joindre le jour ?**

- Téléphone
- Courriel
- Les deux

**3. Préférence de langue de correspondance?**

Français, Anglais, autre : laquelle

### EXPÉRIENCE

**4. Quelle est votre expérience de soins et services :**

(Une seule réponse possible)

- Usager en DI-TSA-DP
- Parent, personne proche aidante (famille, entourage) d'un usager en DI-TSA-DP
- Citoyen (résident sur le territoire du CIUSSS-EMTL)

**5. Dans quel(s) service(s) a eu lieu votre expérience :**

(Cochez une ou plusieurs réponses)

- Services reçus par le CLSC à domicile
- Services reçus au CLSC
- Hospitalisation Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hospitalisation Ospedale Santa Cabrini
- Réadaptation
- Organismes communautaires
- Clinique externe
- Centre de jour
- Guichet d'accès aux services
- Soins de fin de vie (soins palliatifs)
- Ne s'applique pas
- Autre(s). Spécifiez :

## INTÉRÊT D'IMPLICATION

**6. À titre indicatif, cocher vos intérêts à participer, en tant que patient partenaire ou proche partenaire, aux activités suivantes :**

- Co-animer des formations
- Donner des avis (écrits et verbaux)
- Participer à des comités (planification, projets spéciaux, etc.)
- Faire des présentations ou des témoignages
- Soutenir d'autres usagers
- Tous

**7. Quelles sont vos disponibilités?**

- J'ai beaucoup de disponibilités
- Je suis disponible si on m'avertit à l'avance
- J'aimerais participer à une activité de type annuel seulement
- Je ne suis pas disponible pour le moment, mais peut-être éventuellement
- Autre : (texte)

**8. Décrivez, en quelques mots, les raisons pour lesquelles vous souhaitez vous impliquer au sein de l'Espace partenaires en DI-TSA-DP?**

**9. Êtes-vous en mesure de participer à des activités qui se tiennent via visioconférence (par exemple : Zoom, Teams)? Ceci nécessite un accès à Internet, un ordinateur, une caméra et un micro.**

- Oui
- Non

En signant ce document, vous acceptez qu'une personne du CIUSSS communique avec vous.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Formulaire complété à envoyer à :** [espace.partenaires.DI.TSA.DP.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:espace.partenaires.DI.TSA.DP.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

Une fois votre formulaire soumis, vous serez contacté dans un délai de 24 à 48 h (jours ouvrables).  
Le CIUSSS-EMTL s'engage à assurer la confidentialité des informations transmises.