

Appuyer sur la touche TAB pour passer d'un champ à l'autre ou cliquer sur la boîte grise près de chaque item.

Veillez faire parvenir le formulaire complété attaché à un courriel destiné à : ConnectedCare@gnb.ca

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'UTILISATEUR – à être complété par le requérant	
<input type="checkbox"/>	Je déclare que l'information fournie ici est véridique et exacte et que je suis un membre actif et en règle de mon association professionnelle ou de mon collègue.
a. Nom au complet	
b. Langage préféré	<input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> FRANÇAIS
c. Titre/Discipline	
d. Spécialité	
e. Numéro de licence/immatriculation	
f. Employeur	
g. Téléphone	
h. Adresse de courrier électronique préférée (Entrez l'adresse à laquelle vous voulez recevoir communication.)	
i. Lieu de travail – (nom de l'établissement et ville) (Si vous travaillez dans plus d'une pratique, inscrivez le nom de la pratique où vous travaillez le plus souvent.)	
j. Si vous êtes en pratique privée, travaillez-vous aussi dans un établissement en régie de santé, au ministère ou pour EM/ANB Si oui, fournir: Nom de l'établissement/ hôpital	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
k. Nom d'utilisateur ou ID-utilisateur: Utilisé pour accéder les applications du réseau ou du ministère	
l. Êtes-vous présentement en auto-isolation?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
m. Est-ce pour prodiguer des soins direct aux patients?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
n. Détails sur l'appareil utilisé (Si RRS, GNB, SNB ou EM/ANB, indiquer le numéro de l'appareil sur l'autocollant)	<input type="checkbox"/> RRS <input type="checkbox"/> GNB <input type="checkbox"/> EM/ANB <input type="checkbox"/> Personnel Numéro de l'appareil sur auto-collant:
o. Type de service (sélectionner un seul)	
<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Physiothérapie
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Pratique privée
<input type="checkbox"/> Foyers de soins	<input type="checkbox"/> Santé communautaire
<input type="checkbox"/> Gestion des maladies chroniques	<input type="checkbox"/> Thérapie respiratoire
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Traitement des dépendances et de la Santé mentale
<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez):