Family and Community Services
Self-reliance, an improved quality of life, and protection for those who need it.

New Nouveau Brunswick

Services familiaux et communautaires
L'autonomie, une meilleure qualité de vie et une protection pour ceux qui en ont besoin.

OSTOMY/INCONTINENCE SUPPLIES APPLICATION FORM
DEMANDE DE FOURNITURES POUR STOMISÉ/INCONTINENT

CLIENT INFORMATION/ *RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT*

LAST NAME/ *NOM* | FIRST NAME/ *PRÉNOM* | DATE OF BIRTH/*DATE DE NAISSANCE*

ADDRESS/ *ADRESSE* | CITY,TOWN,VILLAGE/ *VILLE, VILLAGE* | POSTAL CODE/*CODE POSTAL*

TELEPHONE/ *TÉLÉPHONE* | HEALTH CARD/ *CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE* | MEMBER ID/ *ID DU MEMBRE*

YOUR DOCTOR MUST COMPLETE THIS SECTION/ *VOTRE MÉDECIN DOIT COMPLÉTER CETTE SECTION*

PLEASE SPECIFIY CIRCUMSTANCES APPLICABLE TO THIS PATIENT./ *VEUILLEZ INDIQUER LES CIRCONSTANCES ATTRIBUABLES A CETTE PERSONNE*

- PERMANENT COLOSTOMY/ *COLOSTOMIE PERMANENTE* ☐
- PERMANENT ILEOSTOMY/ *ILEOSTOMIE PERMANENTE* ☐
- PERMANENT UROSTOMY/ *UROSTOMIE PERMANENTE* ☐
- EXTERNAL CATHETER / *CATHETER EXTERNE (CONDOMS)* ☐
- IN-DWELLING CATHETER / *CATHÉTER INTERNE* ☐
- INTERMITTENT CATHETER/ *CATHETER* INTERMITTENT ☐
- INCONTINENCE ONLY(DIAPERS)/ *INCONTINENCE SEULEMENT (COUCHES)* ☐
- CONFINED TO A WHEELCHAIR/ SE DEPLAÇANT EN FAUTEUIL ROULANT ☐

NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER OF DOCTOR/ *NOM, ADDRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN*

_____

_____

_____

SIGNATURE OF DOCTOR/ *SIGNATURE DE MÉDECIN* :

_____

DATE: _____

TO BE COMPLETED BY AN ENTEROSTOMAL THERAPIST AND/OR PHARMACY WHO WILL PROVIDE YOUR SUPPLIES/ *À ETRE COMPLETE PAR LE/LA STOMATHERAPEUTE ET/OU LE REPRESENTANT(E) DE LA PHARMACIE QUI FOURNIRA VOS FOURNITURES*

LIST OF PRODUCTS REQUIRED/ *LISTE DES FOURNITURES REQUISES*

NAME OF PRODUCT/ *NOM DU PRODUIT*	QUANTITY PER MONTH/ *QUANTITE PAR MOIS*	MONTHLY COST/ *COUT MENSUEL*

NAME OF THERAPIST OR PHARMACY/ *NOM DU THERAPEUTE OU DE LA PHARMACIE* _____

TELEPHONE/ *TELEPHONE* _____

SIGNATURE: _____

FAX./ *TELECOPIEUR* _____

PLEASE ADVISE US OF ALL CHANGES - *VEUILLEZ NOUS AVISER DE TOUT CHANGEMENT*

Tel/Téléphone
(506) 444-4503
Fax/Télécopieur
(506) 453-3960

Health Services Program
P.O. Box 5500
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G4

Programme d'assistance médicale
CP 5500
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G4