

Formulaire de permission d'un médecin

*Veillez remplir et retourner le formulaire par courriel à Cheryl Brazeau, Coordonnatrice des souhaits par courriel à Cheryl.brazeau@starlightcanada.org ou par fax à **514-287-0635***

1. Section à remplir par les parents :

Enfant Starlight :

Nom complet

Souhait demandé :

2. Section à remplir par le médecin :

Nom complet

Numéro de téléphone

Numéro de fax

FONDATION POUR L'ENFANCE STARLIGHT CANADA - STARLIGHT CHILDREN'S FOUNDATION CANADA

1805 Route Transcanadienne, Dorval, QC H9P 1J1

T: 514.288.9474 ou/ou 1.888.782.7947 F: 514.287.0635 www.starlightcanada.ca

Je suis le médecin de l'enfant mentionné ci-dessus. J'ai eu l'occasion de discuter pleinement du souhait qui sera exaucé par la Fondation pour l'enfance Starlight Canada pour le bien-être de l'enfant (décrit ci-dessus), avec un représentant de la Fondation de l'enfance Starlight Canada. Par la présente, j'accepte et je consents que les items qui seront donnés, que les dispositions de voyage qui seront prises et / ou les activités auxquelles l'enfant participera soit sujet aux restrictions suivantes (s'il n'y en a aucune, indiquer "Aucune") :

Veillez indiquer le diagnostic de l'enfant et décrivez brièvement la condition médicale :

Veillez cocher le pronostic de l'enfant :

Bonne

Stable

Grave

Est-ce que l'enfant a besoin d'oxygène à 8000 pieds d'altitude ?

Oui (si oui, veuillez compléter la lettre de demande d'oxygène)

Non

FONDATION POUR L'ENFANCE STARLIGHT CANADA - STARLIGHT CHILDREN'S FOUNDATION CANADA

1805 Route Transcanadienne, Dorval, QC H9P 1J1

T: 514.288.9474 ou/or 1.888.782.7947 F: 514.287.0635 www.starlightcanada.ca

L'enfant a-t-il des antécédents de crises épileptiques ? (Si oui, veuillez compléter la section INFORMATION SUR LES CRISES ÉPILEPTIQUES)

Oui (si oui, veuillez compléter la section INFORMATION SUR LES CRISES ÉPILEPTIQUES)

Non

INFORMATION SUR LES CRISES ÉPILEPTIQUES :

Types de crises de l'enfant :

Date de la plus récente crise et fréquence :

Description de l'activité de l'enfant lors de la crise :

Les crises sont-elles maîtrisées ?

Votre enfant a-t-il besoin de soins médicaux pour ses crises ?

Lorsque vous répondez à cette question, veuillez svp garder en tête que les fonds pour réaliser les souhaits sont limités et que plusieurs familles communiquent avec Starlight pour participer à ce programme. Votre contribution à cette question est cruciale afin de nous aider à déterminer si la maladie d'un enfant a grandement affecté sa vie et, par le fait même, si celui-ci est admissible à voir son souhait réalisé.

Selon votre opinion professionnelle, est-ce que la maladie de cet enfant a eu un impact assez important sur sa qualité de vie pour justifier la réalisation du souhait d'une vie ?

Oui

Non

Vérification de l'information et signature :

Je, _____, atteste l'exactitude de l'information ci-dessus.

Signature : _____

Date : _____

*Veuillez remplir et retourner le formulaire par courriel à Cheryl Brazeau, Coordonnatrice des souhaits par courriel à Cheryl.brazeau@starlightcanada.org ou par fax à **514-287-0635***

FONDATION POUR L'ENFANCE STARLIGHT CANADA - STARLIGHT CHILDREN'S FOUNDATION CANADA

1805 Route Transcanadienne, Dorval, QC H9P 1J1

T: 514.288.9474 ou/or 1.888.782.7947 F: 514.287.0635 www.starlightcanada.ca

La Fondation Pour l'Enfance Starlight travaille en collaboration avec des experts pour améliorer la vie et la santé d'enfants et de familles partout dans le monde. Starlight Children's Foundation Canada partners with experts to improve the life and health of kids and families around the world.