



**H S R F H**  
HÔPITAL DE SMOOTH ROCK FALLS HOSPITAL



**Patient and Family Advisory Council Membership Application**

**Smooth Rock Falls Hospital/Cochrane District Detox Centre**

Today's Date: \_\_\_\_\_

Your Name: \_\_\_\_\_  
(please print)

Home Address: \_\_\_\_\_

Daytime Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Best Time to Call: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

I am a : \_\_\_\_\_ Patient      \_\_\_\_\_ Family Member

Which one of our services have you or a family member used in the last 2 years. Check all that apply.

- ♦ Emergency
- ♦ Laboratory
- ♦ X-Ray
- ♦ Hospital Admission
- ♦ Palliative Room
- ♦ Ontario Telehealth Network (OTN)
- ♦ Physiotherapy
- ♦ Dietitian
- ♦ Cochrane District Detox Centre

Are you interested in: \_\_\_\_\_ Casual involvement      \_\_\_\_\_ Active involvement

Are there any kinds of accommodations or additional support from us that will help you in your volunteer experience? Ex: evening/daytime meetings, virtual meetings, wheel chair accessibility, visual, hearing or speaking impaired aides etc....

Please specify: \_\_\_\_\_

Thank you for taking the time to complete this application. Please return this completed form to the Smooth Rock Falls Hospital, or to:

Kristal Prevost

Phone: (705) 338-3222

Email: kprevost@srfhosp.ca

Fax: (705) 338-4410



**H S R F H**  
HÔPITAL DE SMOOTH ROCK FALLS HOSPITAL



**Demande d'adhésion au Conseil consultatif pour les patients et leur famille (CCPF)**

**Hôpital Smooth Rock Falls et Centre de désintoxication du district de Cochrane**

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

(en lettres moulées)

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Meilleur temps pour vous joindre : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Je suis un : \_\_\_\_\_ patient. \_\_\_\_\_ membre de la famille d'un patient.

À quels services avez-vous eu recours dans les deux dernières années? Cochez les cases qui s'appliquent.

- ♦ Urgence
- ♦ Laboratoire
- ♦ Radiologie
- ♦ Admission à l'hôpital
- ♦ Chambre palliative
- ♦ Télémédecine (Ontario Telehealth Network ou OTN)
- ♦ Physiothérapie
- ♦ Diététiste
- ♦ Centre de désintoxication du district de Cochrane

Souhaitez-vous vous engager de manière : \_\_\_\_\_ occasionnelle? \_\_\_\_\_ active?

De quelles façons pouvons-nous rendre votre expérience volontaire avec nous agréable? Par exemples, des réunions le jour ou le soir, des réunions virtuelles, lieu de rencontre accessible, aide pour les personnes avec trouble de la vue, de l'ouïe ou du langage, etc.

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Merci d'avoir rempli ce formulaire de demande d'adhésion. Veuillez le retourner à l'Hôpital de Smooth Rock Falls ou à :

Kristal Prevost

Téléphone : 705 338-3222

Courriel : kprevost@srfhosp.ca

Télécopieur : 705 338-4410