TICHFA AFRICA INC.

Tigawa International Children's Heart Foundation Africa

Chaque enfant mérite un cœur en bonne santé. • www.tichfa.org • info@tichfa.org

DEMANDE D'INSCRIPTION ET DE SOUTIEN POUR ENFANTS

Pour l'orientation vers des soins cardiologiques pédiatriques, la coordination des soins, une éventuelle assistance financière et un soutien aux familles. Remplir ce formulaire ne garantit ni l'admission au programme, ni le financement, ni le transport, ni un traitement médical, ni un rendez-vous à l'hôpital.

1 Informations sur la demande

Date de la demande

Numéro de demande / de dossier (usage interne)

Pays et ville de résidence

Langue préférée / besoin d'un interprète

Type de demande :
[ ] Première demande [ ] Mise à jour [ ] Orienté par un professionnel [ ] Autre

2 Informations sur l'enfant

Nom légal complet de l'enfant

Nom préféré (facultatif)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Âge

Sexe (si pertinent sur le plan clinique)

Nationalité

Pays / ville / district

Adresse du parent / tuteur

L'enfant possède-t-il un passeport ?
[ ] Oui [ ] Non [ ] En cours

3 Parent / tuteur légal

Nom légal complet du tuteur

Lien de parenté avec l'enfant

Téléphone / WhatsApp (avec indicatif du pays)

E-mail (facultatif)

Contact d'urgence alternatif / téléphone

Autorité légale du tuteur :
[ ] Parent [ ] Tuteur désigné par le tribunal [ ] Autre (préciser)

Si le tuteur n'est pas un parent, joindre une preuve d'autorité par un processus sécurisé sur demande.

4 Besoins médicaux — présélection uniquement

N'envoyez pas de dossiers détaillés ni de photographies par e-mail ordinaire. Le personnel fournira une méthode sécurisée si des documents cliniques sont nécessaires.

Diagnostic cardiaque connu (le cas échéant)

Clinique / hôpital traitant et pays

Clinicien traitant / contact (le cas échéant)

Date de la dernière évaluation cardiaque

Principal soutien demandé

Chirurgie cardiaque antérieure ?
[ ] Oui [ ] Non [ ] Inconnu

Hospitalisation en cours ?
[ ] Oui [ ] Non

L'enfant a-t-il besoin de soins médicaux urgents maintenant ?

[ ] Oui [ ] Non [ ] Incertain

IMPORTANT : ce formulaire N'EST PAS un service d'urgence. En cas de difficulté respiratoire sévère, d'évanouissement, de lèvres bleues ou d'autres symptômes urgents, consultez immédiatement les services médicaux d'urgence locaux.

5 Services demandés

Cochez toutes les cases applicables :
[ ] Orientation vers un spécialiste [ ] Coordination médicale [ ] Demande de financement de chirurgie

Services supplémentaires :
[ ] Conseils pour le voyage médical [ ] Soutien aux familles [ ] Demande de transport [ ] Autre

6 Besoins financiers et pratiques (facultatif)

Coût estimé / devise (si connu)

Montant que la famille peut contribuer (facultatif)

Assurance / aide gouvernementale (facultatif)

Difficultés de voyage ou d'hébergement (facultatif)

Autorisation de contacter au sujet de possibilités de parrainage ?
[ ] Oui [ ] Non

7 Détails de l'orientation (le cas échéant)

Organisation / clinicien à l'origine de l'orientation

Téléphone ou e-mail de contact

Comment avez-vous connu TICHFA ?

8 Déclarations du parent / tuteur

En signant, je confirme que je suis le parent ou le tuteur légal autorisé de l'enfant et que les informations fournies sont exactes au meilleur de ma connaissance. Je comprends que TICHFA peut me contacter pour vérifier l'éligibilité et discuter des services disponibles, et que TICHFA ne promet ni n'effectue elle-même de chirurgie, ne fournit pas de soins d'urgence et ne garantit pas de financement.

Je comprends que les décisions médicales relèvent des professionnels de santé agréés. La participation

est volontaire et je peux demander l'arrêt du soutien non urgent à tout moment, sous réserve des exigences légales et opérationnelles.

J'accepte d'être contacté(e) au sujet de cette demande :
[ ] Oui [ ] Non

Nom du tuteur en lettres capitales

Signature du tuteur

Date / lieu

9 Confidentialité et partage d'informations

TICHFA utilisera les informations fournies ici pour évaluer et coordonner le soutien demandé, conformément aux lois applicables en matière de protection de la vie privée. Un avis de confidentialité distinct doit expliquer la collecte, le stockage, la sécurité, la conservation et les droits de contact. Cette demande n'est pas une autorisation HIPAA, une autorisation de divulgation de dossier médical, un consentement au traitement, ni une permission de publier l'histoire ou la photo de l'enfant.

J'ai reçu ou on m'a proposé l'avis de confidentialité applicable :
[ ] Oui [ ] Non

Toute divulgation nécessitant une autorisation spécifique, y compris certains transferts vers des hôpitaux ou des partenaires internationaux, doit être traitée par une autorisation appropriée distincte. Le consentement à l'utilisation médiatique ou à la publicité de collecte de fonds est entièrement distinct et facultatif.

10 Usage interne uniquement — évaluation par le personnel

Reçu par / date

Référence du dossier / emplacement sécurisé des documents

Présélection d'éligibilité initiale

Documents manquants / actions de suivi

Orientation / date du prochain examen

Coordinateur de dossier assigné

Statut de la demande :

[ ] Reçue [ ] Informations nécessaires [ ] En cours d'examen [ ] Orientée [ ] Fermée

Ne consignez pas de notes médicales détaillées dans ce formulaire, sauf si des procédures sécurisées de tenue de dossiers approuvées sont en place.

Contact : +1 855-441-4555 (sans frais) | +1 603-704-3756 | +1 617-291-6821 | +1 614-571-9333 | +256 701 238 006

Siège social États-Unis : 459 Columbus Ave, New York, NY 10024, États-Unis | Bureau régional Afrique de l'Est : Plot 62 Bombo Road, Kampala, Ouganda

TRADUCTION À FAIRE VÉRIFIER PAR UN RÉVISEUR JURIDIQUE / MÉDICAL FRANCOPHONE QUALIFIÉ AVANT UTILISATION AVEC LES PATIENTS.