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 SOINS INTERNATIONAUX POUR ENFANTS (FORMULAIRE DÉTAILLÉ)

À remplir par le tuteur. Indiquez « Sans objet » lorsque nécessaire ; n'envoyez pas les formulaires remplis ni les dossiers médicaux par e-mail non sécurisé. L'inscription ne garantit pas le soutien financier, l'admission à l'hôpital, les visas, le transport ou le traitement.

1. Demande et identité du patient

Numéro de demande (usage interne)

Date de la demande (JJ/MM/AAAA)

Nom légal complet de l'enfant (comme sur le passeport)

Nom préféré / initiales

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Âge

Pays de naissance

Nationalité / citoyenneté

Pays et adresse de résidence actuels

District / province / code postal

Langue principale / besoin d'un interprète

Sexe (facultatif) :
[ ] Féminin [ ] Masculin [ ] Ne pas souhaiter le dire [ ] À préciser

Numéro de pièce d'identité nationale / acte de naissance (le cas échéant)

2. Parent / tuteur légal et garde

Nom légal complet du tuteur

Lien de parenté avec l'enfant

Téléphone / WhatsApp

E-mail

Adresse du domicile (si différente)

Nom et contact du second tuteur (le cas échéant)

Référence des documents de garde / tutelle légale

Autorité légale de consentir pour l'enfant :
[ ] Parent [ ] Tuteur désigné par le tribunal [ ] Autre (préciser)

Interprète nécessaire pour le tuteur :
[ ] Oui [ ] Non

3. Proches parents et contacts d'urgence

Nom complet du proche parent (next of kin)

Lien de parenté

Téléphone principal / WhatsApp

Téléphone alternatif

E-mail

Adresse complète

Contact d'urgence 2 — nom et lien de parenté

Contact d'urgence 2 — téléphone

Personne autorisée à accompagner l'enfant (nom / lien)

4. Passeport, visa et documents de voyage internationaux

À remplir pour l'enfant ET chaque adulte accompagnant. Conservez les documents originaux en sécurité ; n'incluez pas de scans de documents, sauf demande via un canal sécurisé.

ENFANT

Nom complet figurant sur le document de voyage

Numéro de passeport / document de voyage

Pays / autorité de délivrance

Date de délivrance (JJ/MM/AAAA)

Date d'expiration (JJ/MM/AAAA)

Numéro / référence de visa (si délivré)

Type de visa / pays de destination

Date de délivrance du visa

Date d'expiration du visa

Numéro et expiration du titre de séjour / permis d'immigration (si applicable)

ACCOMPAGNANT ADULTE 1

Nom complet figurant sur le document de voyage

Numéro de passeport / document de voyage

Pays / autorité de délivrance

Date de délivrance (JJ/MM/AAAA)

Date d'expiration (JJ/MM/AAAA)

Numéro / référence de visa (si délivré)

Type de visa / pays de destination

Date de délivrance du visa

Date d'expiration du visa

Numéro et expiration du titre de séjour / permis d'immigration (si applicable)

ACCOMPAGNANT ADULTE 2 (le cas échéant)

Nom complet figurant sur le document de voyage

Numéro de passeport / document de voyage

Pays / autorité de délivrance

Date de délivrance (JJ/MM/AAAA)

Date d'expiration (JJ/MM/AAAA)

Numéro / référence de visa (si délivré)

Type de visa / pays de destination

Date de délivrance du visa

Date d'expiration du visa

Numéro et expiration du titre de séjour / permis d'immigration (si applicable)

Passeport actuellement valide :
[ ] Oui [ ] Non [ ] Renouvellement en cours

Statut du visa pour voyage médical :
[ ] Non demandé [ ] Demandé [ ] Approuvé [ ] Refusé [ ] Non requis

Pays / hôpital de destination prévus

Dates de voyage prévues

Référence du consentement au voyage de l'enfant / autorisation de garde

Référence des documents de vaccination ou d'entrée (le cas échéant)

5. Antécédents cliniques et médicaux (déclarés par le tuteur ; vérification par un clinicien requise)

Diagnostic cardiaque principal / diagnostic suspecté

Date du diagnostic

Nom, spécialité et contact du médecin orienteur

Hôpital / clinique actuels et numéro de dossier médical

Pédiatre principal et contact

Cardiologue / chirurgien traitant et contact

Hospitalisations antérieures et dates

Procédures / chirurgies cardiaques précédentes et dates

Médicaments actuels (nom, dose, horaire)

Allergies aux médicaments et réaction

Autres allergies

Autres maladies / affections chroniques

Antécédents cardiaques familiaux pertinents

Statut vaccinal (si pertinent sur le plan clinique)

Taille / poids / date de mesure (si disponible)

Besoins de soins actuels :
[ ] Oxygène [ ] Aide à l'alimentation [ ] Assistance à la mobilité [ ] Autre [ ] Aucun signalé

Symptômes urgents ou détérioration :
[ ] Oui — évaluation clinique à chercher [ ] Non [ ] Inconnu

Symptômes, limitations fonctionnelles, antécédents médicaux importants et autres besoins particuliers

6. Liste de contrôle des dossiers médicaux (ne pas joindre les originaux)

Documents disponibles :
[ ] Rapport de cardiologie [ ] Échocardiogramme [ ] ECG [ ] Radiographie thoracique [ ] Scanner/IRM [ ] Résultats de laboratoire

Dossiers supplémentaires :
[ ] Compte rendu de sortie [ ] Compte rendu opératoire [ ] Liste des médicaments [ ] Lettre d'orientation [ ] Carnet de vaccination [ ] Autre

Dates des rapports les plus récents

Dossiers détenus par (hôpital / clinicien)

Méthode sécurisée de transfert des dossiers / contact

Langue des dossiers et traduction requise

7. Services demandés et plan de traitement

Assistance demandée :
[ ] Orientation vers un spécialiste [ ] Évaluation chirurgicale [ ] Demande de financement [ ] Coordination du voyage médical

Assistance supplémentaire :
[ ] SAMU / transport terrestre TICHFA [ ] Hébergement [ ] Soutien aux familles [ ] Coordination du suivi

Hôpital / destination proposés

Procédure ou évaluation demandée (si connue)

Date de la recommandation du clinicien orienteur

Coût médical estimé et devise

Coût estimé du voyage / hébergement et devise

Calendrier prévu / priorité clinique (selon le clinicien)

Objectifs de la famille et besoins de soutien supplémentaires

8. Évaluation financière et de parrainage (facultatif)

Tranche de revenu du ménage / devise

Nombre de personnes à charge dans le ménage

Assureur / référence de police (facultatif)

Couverture / exclusions d'assurance (si connues)

Soutien financier / parrain existant

Montant demandé et devise

Autorisation de contacter au sujet des options de soutien :
[ ] Oui [ ] Non

9. Confidentialité, consentement et déclaration

Cette demande recueille des informations personnelles et médicales sensibles. TICHFA doit fournir un avis

de confidentialité applicable et des procédures sécurisées de collecte et de stockage avant l'admission. Cette demande N'EST PAS une autorisation HIPAA, un consentement au traitement médical, un consentement au voyage médical, ni une permission de publier l'histoire ou la photo d'un enfant. Des formulaires distincts sont requis le cas échéant.

Le tuteur confirme que les informations sont exactes au meilleur de sa connaissance :
[ ] Oui

Le tuteur demande à TICHFA d'examiner cette demande et de le contacter :
[ ] Oui [ ] Non

Le tuteur a reçu / on lui a proposé l'avis de confidentialité applicable :
[ ] Oui [ ] Non [ ] Pas encore

Nom du tuteur en lettres capitales

Signature du tuteur

Date de la signature

Nom et signature de l'interprète / témoin (le cas échéant)

10. Examen interne — personnel TICHFA uniquement

Reçu par / date

Numéro de dossier (à utiliser à la place du nom du patient dans le suivi)

Dossiers requis manquants

Statut de l'orientation clinique

Suivi nécessaire : expiration passeport / visa

Escalade de protection de l'enfance / confidentialité (le cas échéant)

Coordinateur assigné

Date du prochain examen

Statut de la demande :

[ ] Incomplète [ ] En cours d'examen [ ] Orientée [ ] En attente [ ] Fermée

Les décisions cliniques doivent être prises par des professionnels de santé agréés. En cas d'urgence, contactez les services d'urgence locaux ou le service des urgences le plus proche. Vérifiez les services opérationnels de l'organisation et ses autorisations réglementaires avant d'utiliser ce formulaire.

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.