

Nom, Prénom : _____	
Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N.A.M. :	EXP. : ()
D.D.N. (a/m/j) : _____	
No de dossier : _____	

Service des aides techniques

St-Hubert

5300, chemin de Chambly
 Saint-Hubert (Qc) J3Y 3N7
 Téléphone : 450 462-8638
 Télécopieur: 450 462-8640
 Sans frais : 1 877 462-8638

St-Hyacinthe

730, rue St-Pierre Est
 Saint-Hyacinthe (Qc) J2T 1N2
 Téléphone : 450 774-32 63
 Télécopieur : 450 774-6310
 Sans frais : 1-866 774-4104 # 637

Châteauguay

250, chemin du Christ-Roi
 Châteauguay (Qc) J6J 4G7
 Téléphone : 450 692-3171
 Télécopieur:450 692-9754
 Sans frais:1 866 301-3171

**RÉFÉRENCE AU SERVICE
 DES AIDES TECHNIQUES**

ADULTE

JEUNESSE

ADRESSE DE L'USAGER : _____

N° CIVIQUE : _____ RUE : _____ APP. : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE DE L'USAGER : _____ **RÉSIDENCE :** _____ **TRAVAIL :** _____

NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE : _____ **LIEN :** _____
(INFORMATION REQUISE)

TÉLÉPHONE PERS.-RESS. : _____ **RÉSIDENCE :** _____ **TRAVAIL :** _____

NOM DU PÈRE : _____ **NOM DE LA MÈRE :** _____

CONTRAINTE : _____

NOM DU MÉDECIN RÉFÉRENT : _____ **LICENCE :** _____

DIAGNOSTIC ET CONDITIONS ASSOCIÉES : _____

PLAIES : _____ **SITE :** _____ **STADE :** _____ **DATE D'APPARITION:** _____

BACTÉRIES RÉSISTANTES :
(DÉCLARATION OBLIGATOIRE SI APPLICABLE)

C. DIFFICILE SARM/SARO (MRSA) ERV AUTRES : _____

MOTIFS DE LA CONSULTATION : _____

Première demande **Renouvellement** **Deuxième appareil (article 50)**

Fauteuil roulant manuel Positionnement Fauteuil roulant motorisé

Base roulante Poussette

Marchette Planche à station debout Particularité : _____

Orthèses Chaussures

N.B. LES TRIPORTEURS ET QUADRIPORTEURS AINSI QUE LES AMBULATEURS NE SONT PAS COUVERTS PAR LE PROGRAMME.

S.V.P, REMPLISSEZ LA SUITE DU FORMULAIRE AU VERSO →

RÉFÉRENCE AU SERVICE DES AIDES TECHNIQUES

Barrières architecturales : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui : <input type="checkbox"/> Largeur minimale des portes	<input type="checkbox"/> Présence d'escaliers <input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur
<input type="checkbox"/> Seuil élevé	<input type="checkbox"/> Non accessible
Largeur hors tout max. FR : _____	
Longueur hors tout max. FR : _____	
Mode de transport : <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Transport scolaire adapté <input type="checkbox"/> Conducteur (trice)	
<input type="checkbox"/> Véhicule	<input type="checkbox"/> Adapté <input type="checkbox"/> Non adapté
Transferts : <input type="checkbox"/> De face <input type="checkbox"/> De côté <input type="checkbox"/> Aide physique <input type="checkbox"/> 1 personne	
<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Au lève-personne <input type="checkbox"/> 2 personnes
<input type="checkbox"/> Avec aide technique (précisez) : _____	
Propulsion : <input type="checkbox"/> Dépendant <input type="checkbox"/> Autonome	
<input type="checkbox"/> 2 membres supérieurs	<input type="checkbox"/> 1 membre supérieur + membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Autres : _____	
Jugez-vous que le client démontre les capacités nécessaires à conduire un fauteuil roulant motorisé :	
<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué
IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT	
INTERVENANT AU DOSSIER : _____	

ÉTABLISSEMENT/POINT DE SERVICE : _____	
TÉLÉPHONE : _____	TÉLÉCOPIEUR : _____
SIGNATURE : _____	DATE : _____

IMPORTANT : VEUILLEZ JOINDRE UNE PRESCRIPTION MÉDICALE D'UN DES SPÉCIALISTES RECONNUS PAR LA RAMQ (ORTHOPÉDISTE, PHYSIATRE, RHUMATOLOGUE, NEUROLOGUE, NEUROCHIRURGIEN OU GÉRIATRE) OU UNE DEMANDE DE CONSULTATION EN PHYSIATRIE.

INSCRIPTION (RÉSERVÉ AU SERVICE DES AIDES TECHNIQUES DU CMR)	
DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE : _____	NO DE DOSSIER CMR :
DATE 1 ^{ER} RENDEZ-VOUS : _____	
ANALYSE : <input type="checkbox"/> ACCEPTÉE <input type="checkbox"/> REFUSÉE <input type="checkbox"/> ANNULÉE	
RAISON : _____	
NIVEAU DE PRIORITÉ : <input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> ÉLEVÉ <input type="checkbox"/> MODÉRÉ	
SIGNATURE : _____	DATE DE LA DÉCISION: _____