

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ F M
AAAA/MM/JJ

NAM : _____ Exp. : (____ / ____)
AAAA/MM

Nom de la mère : _____

DEMANDE DE GESTION D'ÉQUIPEMENT

<input type="checkbox"/> FERMETURE DE DOSSIER
Raison : <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Autre :

IDENTIFICATION DE L'USAGER
Nom du père de l'utilisateur :
Nom de la personne à contacter : Lien avec l'utilisateur :
Téléphone de la personne à contacter :
Adresse du domicile principal (obligatoire) :
Lieu de résidence : <input type="checkbox"/> Milieu naturel <input type="checkbox"/> Ressource de type familial <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire <input type="checkbox"/> Autre :

PROFIL DE L'USAGER	
Profil : <input type="checkbox"/> Programme AVQ-AVD (DI / DP / TSA) Diagnostic admissible : <input type="checkbox"/> Soutien à domicile (SAPA / Santé physique / Soins palliatifs)	
Particularités :	Usager bariatrique : <input type="checkbox"/> Oui Poids : ____ lbs <input type="checkbox"/> Non Milieu fumeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	L'aide technique correspond à la solution la moins coûteuse et la plus fonctionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, expliquer :
	L'utilisateur possède ou est éligible à un fauteuil roulant attribué par la RAMQ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	L'utilisateur est inscrit au Programme d'adaptation domiciliaire (PAD) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser :
Validation des agents payeurs :	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> CNESST/SAAQ <input type="checkbox"/> Anciens combattants <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Assurances privées <input type="checkbox"/> Autre : À noter que l'équipement appartiendra au CISSS

<input type="checkbox"/> DEMANDE D'ACQUISITION D'ÉQUIPEMENT			
Type de prêt : <input type="checkbox"/> Long terme <input type="checkbox"/> Court terme			
Nom de l'aide technique	N° de produit (obligatoire) (entente de groupe) Marque / modèle / fournisseur	Coût (approx.)	Priorité
		\$	<input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3
		\$	<input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3
		\$	<input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3
		\$	<input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3

<input type="checkbox"/> DEMANDE DE RÉCUPÉRATION D'ÉQUIPEMENT	
Date souhaitée de la récupération : (AAAA/MM/JJ)	
N° aide technique	Nom de l'aide technique à récupérer
Si plusieurs équipements doivent être récupérés, annexer rapport I-CLSC	

DEMANDE DE RÉPARATION D'ÉQUIPEMENT

N° aide technique	Nom de l'aide technique à réparer	Niveau de priorité (selon les impacts sur la sécurité de l'utilisateur) :
		<input type="checkbox"/> Impacts importants (moins de 48 h)
		<input type="checkbox"/> Impacts modérés (5 jours)
		<input type="checkbox"/> Impacts légers (10 jours)
Le délai du niveau de priorité se calcule dès la réception de la demande.		

LIEU DE LIVRAISON / RÉCUPÉRATION

Lieu: <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Domicile de l'utilisateur (équipement lourd seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse (obligatoire) :	
À remplir lors d'une livraison / récupération au domicile de l'utilisateur	Si localisé au rez-de-chaussée, y a-t-il des marches : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si non localisé au rez-de-chaussée, mentionner l'étage :
	Y a-t-il un ascenseur qui dessert l'étage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'intervenant doit s'assurer que l'espace sera suffisant pour la livraison.	

JUSTIFICATION CLINIQUE

Cette section est requise :	<ul style="list-style-type: none"> • lorsque l'équipement n'est pas dans l'entente de groupe (code P) • lorsqu'exigé dans les critères d'attribution des équipements • lorsque la demande est en P1 (Sécurité de l'utilisateur compromise dans les 72 h ouvrables)

COMMENTAIRES

--

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom du référent :	Fonction :
Établissement :	Installation :
Téléphone :	Poste :
Courriel :	
Nom du responsable ou représentant autorisé :	

Signature du référent_____
Signature du responsable
ou représentant autorisé
(lorsque justification clinique requise)_____
Date
(AAAA/MM/JJ)**Veillez annexer tout document complémentaire au soutien de la demande**

À la suite des vérifications locales, si la demande s'adresse au Programme AVQ-AVD, veuillez l'acheminer au :
programme.avq-avd.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

DEMANDE DE GESTION D'EQUIPEMENT