

DEMANDE DE GESTION D'ÉQUIPEMENT

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ F M
AAAA/MM/JJ
 NAM : _____ Exp. : ____ / ____
AAAA/MM
 Nom de la mère : _____

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 :	
Lieu de résidence :	<input type="checkbox"/> Milieu naturel <input type="checkbox"/> Ressource de type familial <input type="checkbox"/> Ressource intermédiaire <input type="checkbox"/> Autre :
Adresse du domicile principal (obligatoire)	No civique Rue App. Ville Code postal

PROFIL DE L'USAGER	
Programme	<input type="checkbox"/> AVQ-AVD (DI / DP / TSA) <input type="checkbox"/> Soutien à domicile (SAPA / Santé physique / Soins palliatifs) Diagnostic admissible :
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 à l'établissement	

<input type="checkbox"/> DEMANDE D'ACQUISITION D'ÉQUIPEMENT				
Type de prêt : <input type="checkbox"/> Long terme <input type="checkbox"/> Court terme <input type="checkbox"/> Essai (matelas et équipements pédiatriques)				
Nom de l'aide technique	N° de produit (entente de groupe) Marque / modèle / fournisseur	Coût (approx.)	Priorité	Section réservée
		\$	<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"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3	
Veuillez fournir le code d'article de l'équipement recommandé. Si nous jugeons l'information insuffisante, le formulaire vous sera retourné.				

SECTION RÉSERVÉE

<input type="checkbox"/> DEMANDE DE RÉPARATION D'ÉQUIPEMENT <input type="checkbox"/> DEMANDE DE RÉCUPÉRATION D'ÉQUIPEMENT		
N° aide technique	Nom de l'aide technique	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 au programme.		

LIEU DE LIVRAISON OU DE RÉCUPÉRATION D'ÉQUIPEMENT		
Lieu: <input type="checkbox"/> CLSC / Entrepôt Identifier le CLSC/Entrepôt :		
<input type="checkbox"/> Domicile de l'utilisateur (équipement lourd seulement)		
À remplir lors d'une livraison ou 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 	

COMMENTAIRE		

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.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca

DEMANDE DE GESTION D'ÉQUIPEMENT