

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

RÉFÉRENCE AU SERVICE DES AIDES TECHNIQUES

Saint-Hubert

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

Châteauguay

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

Saint-Hyacinthe

730, rue St-Pierre Est
Saint-Hyacinthe (Qc) J2T 1N2
Téléphone : 450 774-3263
Télécopieur : 450 774-6310
Sans frais : 1-866 774-4104, p. 637

Adulte

Jeunesse

Adresse de l'utilisateur : _____
N° civique Rue App.

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone de l'utilisateur : _____
Résidence Travail

Nom de la personne-ressource : _____ Lien : _____
(Information requise)

Téléphone pers.-ressource : _____
Résidence Travail

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

Contrainte : _____

Nom du médecin référent : _____ Licence : _____

Diagnostic et conditions associées : _____
(Source : type de document, endroit, nom md, date)

Plaies : Site : _____ Stade : _____ Date d'apparition : _____

Bactéries résistantes : C. difficile SARM/SARO (MRSA) ERV Autres : _____
(Déclaration obligatoire si applicable)

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.

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"/> Autre : _____		
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 : _____

Inscription (réservé au service des aides techniques du CRDP)

Date de réception de la demande :	_____	No de dossier	_____
Date du 1 ^{er} rendez-vous :	_____	CRDP :	_____
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 :	_____