

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 :	☐ Milieu naturel ☐ Ressource de type familial ☐ Ressource intermédiaire ☐ Autre :
Adresse du domicile principal (obligatoire)	No civique Rue App. Ville Code postal

PROFIL DE L'USAGER

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

À noter que l'équipement appartiendra à l'établissement

☐ DEMANDE D'ACQUISITION D'ÉQUIPEMENT

Type de prêt : ☐ Long terme ☐ Court terme ☐ Essai (matelas et équipements pédiatriques)				
Nom de l'aide technique	N° de produit (entente de groupe) Marque / modèle / fournisseur	Coût (approx.)	Priorité	Section réservée
		\$	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	
		\$	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	
		\$	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	
		\$	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	
		\$	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	
		\$	☐ P1 ☐ P2 ☐ P3	

**Veillez fournir le code d'article de l'équipement recommandé.
Si nous jugeons l'information insuffisante, le formulaire vous sera retourné.**

SECTION RÉSERVÉE

☐ DEMANDE DE RÉPARATION D'ÉQUIPEMENT ☐ 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) :
		☐ Impacts importants (moins de 48 h)
		☐ Impacts modérés (5 jours)
		☐ 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: ☐ CLSC / Entrepôt	Identifier le CLSC/Entrepôt :
☐ 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 : ☐ Oui ☐ Non
	Si non localisé au rez-de-chaussée, mentionner l'étage :
	Y a-t-il un ascenseur qui dessert l'étage? ☐ Oui ☐ Non
L'intervenant doit s'assurer que l'espace sera suffisant pour la livraison.	

JUSTIFICATION CLINIQUE	
Cette section est requise :	• 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.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

DEMANDE DE GESTION D'ÉQUIPEMENT