|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Dossier : | Ne pas remplir |  | | | | | | | Nom, Prénom : |  | | | | | | | | Date de naissance : |  | | | | F  M | | | | AAAA-MM-JJ | | | | | | | | | NAM : |  | | | Exp. | | |  | |  |  | |  | | | AAAA-MM | | | Nom de la mère : | Ne pas remplir | | | | | | | |
| **COMPLÉMENT D’INFORMATION PATCom** |  |

**CE DOCUMENT DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN PROFESSIONNEL**

Merci de remplir ce document et le joindre à la [Demande de services en déficience physique services spécialisés externes](https://www.santemonteregie.qc.ca/ouest/documentation/demande-de-services-en-deficience-physique).

Notez que les interventions ont habituellement lieu au **CRDP St-Hubert** situé au **5300, chemin de Chambly à Saint-Hubert**

| **SECTION RÉSERVÉE SEULEMENT SI RÉFÉRENCE INTERNE DES SERVICES SPÉCIALISÉS**  **Direction des programmes Déficiences du CISSS de la Montérégie-Ouest** |
| --- |
| La référence a-t-elle fait l'objet d’un échange interprogrammes entre le coordonnateur clinique du programme référent et le coordonnateur clinique du PATCom tel que requis dans le cas d’une demande de collaboration interprogrammes ?  Oui, passez aux questions suivantes  Non, cet échange doit d’abord être fait avant de procéder à la référence. Pour consulter la démarche de collaboration interprogrammes : <https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/guide-interprogrammes>  Renseignements médicaux / diagnostics - Assurez-vous que ces informations sont mises à jour au SIPAD |

| **RENSEIGNEMENTS DE L’USAGER** | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pour l’identification, remplir seulement les cases **Nom, Prénom** et **Date de naissance** de l’encadré en haut de la page | | | | | | | | | | | |
| Diagnostic ou conclusion professionnelle lié à la présente demande : | | | | | |  | | | | | |
| Autres diagnostics ou conditions associées : | | |  | | | | | | | | |
| Évolution de la condition médicale, diagnostic à évolution :  Lente  Rapide  Inconnue/Incertaine | | | | | | | | | | | |
| Renseignements concernant sa condition médicale :  Ne s’applique pas  Appareil *CPAP* (Continuous Positive Airway Pressure)  Appareil *BiPAP®* (Bilevel Positive Airway Pressure)  Bonbonne d’oxygène  Usager ayant une trachéotomie | | | | | | | | | | | |
| **MILIEU SCOLAIRE OU DE GARDE  Ne s’applique pas** | | | | | | | | | | | | |
| Si fréquentation d’un milieu de garde, | | | | | | | |  | | | | |
| -Quelle est l’année de l’intégration scolaire et le type de classe prévu si connu? | | | | | | | |  | | | | |
| Nom de l’école où l’usager est scolarisé actuellement : | | | |  | | | | | | | | |
| Type de classe : |  | | | | Niveau de scolarité : | | |  | | | | |
| Fréquentation temps :  Temps plein  Temps partiel 🡪 Précisez le nombre d’heures : | | | | | | | | |  | | | |
| Professionnel(s) impliqué(s) Prénom, Nom, titre, téléphone et courriel : | | | | | | |  | | | | | |
| **TRAVAILLEUR  Ne s’applique pas** | | | | | | | | | | | | |
| Actuellement :  En emploi  En recherche d’emploi  En arrêt de travail (date de retour prévu) : | | | | | | | | | | |  | |
| Précisez le type d’emploi : | |  | | | | | | | | | | |
| Une aide technologique est-elle nécessaire pour la réalisation du travail ?  NON  OUI , précisez : | | | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NATURE DE LA RÉFÉRENCE AU PATCom – bien lire et choisir entre SECTION A ou B ou C** | | | | | | | | | | | |
| **SECTION A : Demande de réparation** de l’aide technologique pour un **usager connu du PATCom CISSSMO** et pour qui il n’y a pas de changement de sa condition en lien avec l’utilisation de cette aide technologique.  \*Pour cette situation seulement, pas besoin de compléter les autres sections de cette fiche. | | | | | | | | | | | |
| **SECTION B :** Concerne une **aide technologique que l’usager possède déjà**. Choisir une des options suivantes et inscrire les renseignements concernant l’aide technologique que possède l’usager en lien avec la présente demande.  Ajustements/Modifications/Reprogrammation  Entrainements à l’utilisation  Intégration dans un nouveau milieu de vie Fin de scolarisation (aide tech. prêtée via mesure 30810) | | | | | | | | | | | |
| Description de l’aide : | |  | | | Modèle si applicable : | | | |  | | |
| Est-elle utilisée actuellement ?  OUI, répondre aux questions suivantes  NON , pourquoi ? | | | | | | | | |  | | |
| Année d’attribution : |  | | Depuis quand l’usager l’utilise-t-elle ? | | | | | |  | | |
| Utilisation  :  De manière autonome  Supervision ou aide d’un tiers (inclus penser à l’utiliser) | | | | | | | | | | | |
| Est-il toujours en apprentissage pour l’utilisation ?  NON  OUI , précisez : | | | | | | |  | | | | |
| **SECTION C :** Concerne **l’aide technologique envisagée**. Choisir parmi les options suivantes : | | | | | | | | | | | |
| **Aide technologique à la communication orale** (ex. : amplificateur de voix) | | | | | | | | | | | |
| **Aide technologique à la suppléance à la communication orale** (ex. : appareil/tablette électronique pour remplacer ou supporter la parole- synthèse vocale) | | | | | | | | | | | |
| **Aide technologique à la production écrite** (ex. : logiciel de rédaction, prédicteur de mots, clavier à l’écran) | | | | | | | | | | | |
| **Aide technologique à la téléphonie** (ex. : téléphone pouvant être actionné avec un interrupteur adapté)**.** Spécifiez pour :  Cellulaire, spécifiez pour :  *Manipulation du téléphone*  *Composition*  Téléphone fixe, spécifiez pour :  *Manipulation du téléphone*  *Composition* | | | | | | | | | | | |
| **Accès adapté à l’ordinateur ou tablette**  \* Notez que si l’usager n’est pas admissible à un prêt ou à un paiement d’un organisme, il devra se procurer l’équipement à ses frais. L’achat de l’ordinateur ou de la tablette (subventionné ou non) est de la responsabilité de l’usager/entourage, ainsi que de s’assurer d’avoir les connaissances de base pour l’utilisation et son entretien. *Veuillez spécifier :* | | | | | | | | | | | |
| *Les difficultés sont en lien avec la manipulation de :*  La souris  Le clavier  L’accès tactile de la tablette | | | | | | | | | | | |
| *Les connaissances en informatique de l’usager sont de niveau* :  Débutant  Intermédiaire  Avancé | | | | | | | | | | | |
| *L’usager a-t-il accès à Internet de son lieu de résidence :*  NON  OUI | | | | | | *Logiciels utilisés* : | | | |  | |
| *Contexte(s) d’utilisation :*  Travail  Études  Support aux AVD  Bénévolat  Loisirs | | | | | | | | | | | |
| **Contrôle de l’environnement** permet d’actionner/contrôler des fonctions d’appareils électroniques ou électriques essentiels à l’autonomie de base. Spécifiez pour : | | | | | | | | | | | |
| Éclairage  Téléviseur, *précisez modèle et type de décodeur* :  Climatiseur  Lecteur audio/vidéo | | | | | | |  | | | | |
| Autre appareil électrique ou électronique, *précisez* : | | | |  | | | | | | | |
| **Système de montage ou de transport permettant l’accès à une aide technologique** | | | | | | | | | | | |
| Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant motorisé  Base roulante / poussette | | | | | | | | | | |  |
| Table de travail  Lit  Autres ,*précisez* : | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cochez les équipements électroniques que l’usager possède et précisez le modèle, système d’exploitation et version du logiciel | | | | | | | | | | |
| Tablette |  | | | | | | | | | |
| Cellulaire |  | | | | | | | | | |
| Ordinateur |  | | | | | | | | | |
| Autres, précisez : |  | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LES BESOINS EN LIEN AVEC LA DEMANDE** | | | | | | | | | |
| Brève description des problématiques vécues au quotidien par l’usager en lien avec la présente demande : | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| Les problématiques soulevées sont en lien avec des incapacités :  Motrices  Langagières/de la parole | | | | | | | | | |
| Habitude(s) de vie pouvant être facilitée(s) avec l’utilisation d’une aide technologique : | | | | | | | |  | |
| **Détaillez ci-dessous les stratégies, les essais réalisés avec moyens compensatoires ou avec aides techniques** *(ajouter des lignes au besoin)* | | | | | | | | | |
| **Moyens tentés** | | **Sur quelle période** | | | **Résultat** | | | | **Dans quel milieu de vie** |
|  | |  | | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  |
| Pourquoi faire la demande maintenant (élément déclencheur) : | | | | | |  | | | |
| Attentes exprimées par l’usager et sa famille (entourage) : | | | |  | | | | | |
| Attentes exprimées par le référent : | | |  | | | | | | |
| Dans quel(s) milieu(x) l’aide technologique envisagée sera-t-elle utilisée? | | | | | | |  | | |
| Les aidants de ces milieux sont-ils en accord avec l’intégration d’une aide technologique?  OUI  NON | | | | | | | | | |
| Les intervenants de réadaptation actuels (DI-TSA-DP) sont informés de cette démarche et sont favorables à l’intégration d’une aide technologique ?  Ne s’applique pas  NON  OUI, fournir une copie du plan d’intervention | | | | | | | | | |
| L’usager est-il connu du PATCom CISSSMO ?  OUI  NON | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPTION GLOBALE DE L’USAGER ET DE SES HABITUDES DE VIE**  \*Si limitation, précisez brièvementimpacts/obstacles et si aides techniques | | | | | | |
| Décrire le potentiel d’apprentissage de l’usager : | |  | | | | |
| Attention :  Fonctionnel  Difficultés, précisez : | | | |  | | |
| Audition :  Fonctionnel  Limitation, précisez : | | | |  | | |
| Vision  :  Fonctionnel  Limitation, précisez : | | | |  | | |
| Toucher  :  Fonctionnel  Limitation, précisez : | | | |  | | |
| Membre(s) supérieur(s) :  Fonctionnel(s)  Limitation, précisez : | | | | | |  |
| Membre(s) inférieur(s) :  Fonctionnel(s)  Limitation, précisez : | | | | | |  |
| Tronc  :  Fonctionnel  Limitation, précisez : | | | |  | | |
| Tête (mouvement)  :  Fonctionnel  Limitation, précisez : | | | | |  | |
| Buccaux-faciaux  :  Fonctionnel  Limitation, précisez : | | | | |  | |
| **Déplacements** | | | | | | |
| Marche de façon autonome  Marche avec une aide technique  Triporteur / Quadriporteur  Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant motorisé  Base roulante / poussette  Alité durant le jour  Bascule motorisée  Table Cabaret | | | | | | |
| **Transferts** | | | | | | |
| Autonome avec/sans aide technique  Nécessite une supervision  Aide d’un tiers requise | | | | | | |
| L’usager est-il en attente d’une aide à mobilité/technique à la posture ? | | | | | | |
| NON  OUI, précisez quand et quelle aide : | | |  | | | |
| Y a-t-il des démarches en cours pour l’adaptation du domicile ? | | | | | | |
| NON  OUI, précisez : |  | | | | | |

| **APTITUDES RELIÉES À LA COMMUNICATION** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’usager présente-t-il des difficultés de compréhension ?  NON  OUI, spécifiez ce que l’usager comprend ci-dessous : | | | | | | | |
| *Intonation*  *Expression faciale / geste*  *Mot*  *Phrase simple*  *Phrase complexe*  *Compris seulement en contexte (sa routine / son quotidien)*  *Compris hors contexte* | | | | | | | |
| L’usager possède-t-il un mode fiable pour exprimer le « OUI/NON » ?  NON  OUI, précisez : | | | | | | |  |
| Mode de communication usuel de l’usager :  Expressions faciales  Gestes naturels  Mains animées  Langue des signes (LSQ/ASL)  Écriture  Photos  Banque de symboles  Pictogrammes / images  Appareil de communication | | | | | | | |
| Est-ce que les moyens par lesquels s’exprime l’usager lui permettent de se faire comprendre ?  SANS difficulté  AVEC difficulté, précisez les problématiques : | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |
| L’usager communique davantage :  De manière spontanée  En contexte structuré  Et principalement à quelles fins ? **:**  Besoins de base  Émotions  Raconter un événement  Opinion | | | | | | | |
| Décrivez sommairement les personnes avec qui il communique : | | | |  | | | |
| **Communication écrite** | | | | | | | |
| L’usager est capable de lire (spécifiez) :  Des mots  Phrases simples  Phrases complexes  Des textes  L’usager n’est pas en mesure de lire, mais comprend :  La fonction des objets  Avec des photos  Avec des pictogrammes | | | | | | | |
| **Expression écrite** | | | | | | | |
| Pas en mesure d’écrire, précisez pourquoi : | |  | | | | | |
| Manuscrite : | Fonctionnel, précisez si avec aide et laquelle :  Limité, précisez, en quoi et si avec aide laquelle : | | | |  | | |
|  | | |
| Avec un clavier : | Fonctionnel  Limitation, précisez  : | |  | | | | |

| **PRÉCISIONS SUR LA SITUATION EN LIEN AVEC LA DEMANDE** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’usager parvient, peu importe le moyen, à faire comprendre ses besoins de base (*faim/soif, douleurs/symptômes, besoins d’élimination, appeler de l’aide*) :   * À ses proches (parents, conjoint, fratrie) :  Jamais  Rarement  Parfois  La plupart du temps  Toujours * Des personnes familières (personnel scolaire, aidant):  Jamais  Rarement  Parfois  La plupart du temps  Toujours * Des personnes peu familières :  Jamais  Rarement  Parfois  La plupart du temps  Toujours | | | | | | |
| L’usager possède-t-il un moyen fiable pour demander de l’aide au quotidien? (*ne réfère pas à demander de l’aide urgente telle que le 9-1-1*) | | | | | | |
| NON  OUI, lequel : | |  | | | | |
| L’usager est-il en mesure de communiquer avec le 9-1-1 pour obtenir de l’aide en situation d’urgence ? | | | | | | |
| OUI  NON, pourquoi  : | | |  | | | |
| L’usager possède un système d’appel d’urgence ?  NON  OUI, lequel : | | | | | |  |
| Arrive-t-il à l’usager de se retrouver seul à la maison ?  NON  OUI | | | | | | |
| Loisirs : | Quels sont les intérêts actuels? | | |  | | |
| Quels sont les intérêts passés? | | |  | | |
| Autre renseignement que vous jugez pertinent : | | | | |  | |

| **PERSONNES AYANT COLLABORÉ OU COMPLÉTÉ LE DOCUMENT** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Même professionnel qui a rempli la demande de services (Prénom Nom) : | | | | |  |
| Professionnel autre que celui qui a rempli la demande de services. Remplir les informations suivantes : | | | | | |
| Prénom, Nom et titre professionnel : | |  | | | |
| No de tél. et courriel : | |  | | | |
| Je comprends en tant que référent, que je dois être en mesure d’assurer l’intégration de l’aide technologique recommandée par le PATCom.  Si différent du référent, inscrire les intervenants identifiés pour assurer le suivi suite aux recommandations de l’équipe PATCom suivant le processus d’évaluation ainsi que dans le processus d’intégration des aides technologiques de base/de premier niveau *(ajouter des lignes au besoin)* | | | | | |
| **Prénom Nom** | **Titre** | | **Tél. (poste)** | | **Courriel** |
|  |  | |  | |  |
| Date à laquelle le document a été rempli (AAAA/MM/JJ) : | | | |  | |