



MOCLI60344

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**DEMANDE D'UNE AIDE À LA MARCHÉ
PROGRAMME SERVICE DES AIDES TECHNIQUES (SAT)**

Adulte Jeunesse Considération spéciale (C.S.)

INFORMATIONS SUR L'USAGER	
Adresse :	
Téléphone résidence :	Téléphone en cas d'urgence :
Diagnostic (s) :	
Type de document :	Date :
Endroit de consultation :	Nom du médecin :

ÉVALUATION DE LA MARCHÉ ET DU BESOIN DE L'AIDE À LA MARCHÉ RECOMMANDÉE
* Lors du remplacement, la justification du besoin et la raison du remplacement sont obligatoires.
<input type="checkbox"/> Usage quotidien pour plus de 12 mois (obligatoire pour l'attribution d'une aide R.A.M.Q.)

JUSTIFICATION POUR DEMANDE PARTICULIÈRE (joindre une lettre au besoin)		
<input type="checkbox"/> Appareil sous considérations spéciales (C.S.)	<input type="checkbox"/> 2e appareil	<input type="checkbox"/> Remplacement
* Expliquer pourquoi les aides au tarif R.A.M.Q. ne répondent pas aux besoins, essais à l'appui.		

TYPE D'AIDE À LA MARCHÉ AU TARIF R.A.M.Q.		
Indiquer la hauteur pour l'ajustement (sol-poignet) :		Poids de l'utilisateur :
<input type="checkbox"/> Marchette standard (capacité 330 lb) <input type="checkbox"/> Marchette alourdie (capacité 330 lb) <input type="checkbox"/> Marchette bariatrique (capacité 400 lb) * Si capacité requise > 400 lb, CS obligatoire	<input type="checkbox"/> Petit junior (26" à 30") <input type="checkbox"/> Junior (29" à 33") <input type="checkbox"/> Adulte (33" à 37") <input type="checkbox"/> Adulte plus (37" à 41")	COMPOSANTS POUR MARCHETTE <input type="checkbox"/> Avec roues et skis <input type="checkbox"/> Sans roues <input type="checkbox"/> Support antébrachial <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Autre :
CANNE QUADRIPODE (29" à 38") <input type="checkbox"/> Base étroite <input type="checkbox"/> Base large <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	MARCHETTE HÉMI <input type="checkbox"/> Junior (29" à 33") <input type="checkbox"/> Adulte (32" à 36") <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	BÉQUILLES <input type="checkbox"/> D'avant-bras <input type="checkbox"/> Axillaires <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Adulte plus
MARCHETTE SOUS C.S. (à justifier ci-dessus)		
Modèle :		
Grandeur :		
Couleur :		
Accessoires :		

CONSENTEMENT ET SIGNATURE	
<p>Je mandate le CISSS de la Montérégie-Ouest afin qu'il réclame en mon nom à la R.A.M.Q. les frais de l'aide technique que je reconnais avoir reçue (décrite ci-dessus). À défaut d'être admissible à une marchette de la R.A.M.Q., je m'engage à payer les coûts de l'aide technique.</p>	
Signature de l'utilisateur :	Date :
<i>(lors de la réception de l'aide)</i>	
<input type="checkbox"/> L'aide à la marche n'a pas été remise à l'utilisateur car non disponible en consigne.	
Nom de l'intervenant :	
Titre du professionnel : <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Physiothérapeute	
Établissement :	
Téléphone :	
Signature de l'intervenant :	Date :