



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**DEMANDE DE SERVICE EN DÉFICIENCE PHYSIQUE
PROGRAMME SERVICE DES AIDES TECHNIQUES (SAT)**

Adulte Jeunesse

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE L'USAGER			
Adresse de l'utilisateur :			
Ville :		Code postal :	
Personne à contacter pour rv :		Lien :	
Tél. domicile :	Cellulaire :	Travail :	
Nom du père :		Nom de la mère :	
<input type="checkbox"/> Disponible 24/48 h de préavis			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / DIAGNOSTICS	
Diagnostiques et conditions associées :	
<u>Source du diagnostic</u>	
Nom du médecin :	Numéro de permis :
Type de document :	Date du document :
Endroit de consultation :	
Poids récent (<i>obligatoire</i>) :	
<input type="checkbox"/> Plaies	Site : _____ Stade : _____ Date d'apparition : _____
<input type="checkbox"/> Bactéries résistantes	<input type="checkbox"/> SARM/SARO (MRSA) <input type="checkbox"/> C. Difficile <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> Autres :
Date du test (si disponible) :	

INFORMATIONS SUR LES BESOINS		
<u>Motif de la consultation</u>		
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Cadre rigide	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé
<input type="checkbox"/> Base roulante	<input type="checkbox"/> Positionnement	<input type="checkbox"/> Planche à station debout
<input type="checkbox"/> Poussette	<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> Particularité :
<input type="checkbox"/> Orthèses	<input type="checkbox"/> Chaussures	

<i>N.B. Les triporteurs et quadriporteurs ainsi que les ambulateurs ne sont pas couverts par le programme.</i>				
INFORMATIONS SUR LES BESOINS (SUITE)				
<u>Barrières architecturales</u>				
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Le domicile n'est pas accessible		
<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	Largeur hors-tout maximal du fauteuil roulant :	
<u>Mode de transport dans la communauté</u>				
<input type="checkbox"/> Transport adapté	<input type="checkbox"/> Transport scolaire adapté	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel non adapté	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel adapté	<input type="checkbox"/> Conducteur (trice)
<u>Transfert</u>				
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Avec supervision	<input type="checkbox"/> Aide physique	<input type="checkbox"/> Lève-personne	
<u>Propulsion</u>				
<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Dépendant	

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT OU PERSONNE AYANT REMPLI LA DEMANDE, SI AUTRE QUE L'USAGER	
Intervenant au dossier :	
Établissement / point de service :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	
<input type="checkbox"/> Je désire être présent au rv	<input type="checkbox"/> Je désire être avisé de la date et heure du rv

CONSENTEMENT ET SIGNATURE	
<input type="checkbox"/> Je (usager de 14 ans ou plus, parent, représentant légal) confirme avoir été informé de cette référence.	

Signature de l'usager : _____ Date : _____

Signature du représentant légal : _____ Date : _____

En cas d'impossibilité à signer le document, l'usager ou son représentant légal a donné son autorisation verbale et l'information a été notée au dossier.

Nom et signature de la personne qui reçoit le consentement verbal : _____ Date : _____

<input type="checkbox"/> Saint-Hubert 5300, chemin de Chambly Saint-Hubert (Québec) J3Y 3N7 Téléphone : 450 462-8638 Télécopieur : 450 462-8640 Sans frais : 1 877 462-8638 cliniquesat.sthubert.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca	<input type="checkbox"/> Châteauguay 250, chemin du Christ-Roi Châteauguay (Québec) J6J 4G7 Téléphone : 450 692-3171 Télécopieur : 450 692-9754 Sans frais : 1 866 301-3171 cliniquesat.chateauguay.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca	<input type="checkbox"/> Saint-Hyacinthe 730, rue Saint-Pierre Est Saint-Hyacinthe (Québec) J2T 1N2 Téléphone : 450 774-3263 Télécopieur : 450 774-6310 Sans frais : 1 866 774-4104, poste 637 cliniquesat.sthyacinthe.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca
<input type="checkbox"/> orthesesat.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca		

INSCRIPTION (RÉSERVÉ AU PROGRAMME SERVICE DES AIDES TECHNIQUES)	
Date de réception de la demande :	Numéro de dossier CRDP :