|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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****PROGRAMME DE CONDUITE AUTOMOBILE**  |  |
| **RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT L’OFFRE DE SERVICE**  |
| * Les personnes qui font une demande concernant le programme de conduite automobile doivent présenter une déficience motrice entrainant des limitations fonctionnelles à conduire ou à accéder au véhicule ou ayant besoin d’un système de chargement pour leur aide à la mobilité / locomotion sans quoi elles ne sont pas admissibles.
* Les évaluations / interventions ont lieu au 3065, chemin de Chambly à Longueuil.
* L’évaluation des capacités à conduire ou l’adaptation s’applique seulement pour un véhicule de type promenade classe 5, tel qu’il est défini au Code de la sécurité routière. Les demandes pour motocyclettes, véhicules récréatifs et véhicules servant à accomplir un travail ne sont pas admissibles au CRDP du CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSSMO).
* Les tests sur route sont faits en collaboration avec un moniteur de conduite mandaté par le CRDP-CISSSMO et des frais s’appliquent.
 |

|  |
| --- |
| **RAPPELS BREFS DE LA SOCIÉTÉ DE L’ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (SAAQ)** |
| **État/condition** **de santé**  | *Notez que : « En tout temps, vous avez la responsabilité de déclarer toute condition, problème de santé qui pourrait nuire à votre capacité de conduire, dans les 30 jours qui suivent un diagnostic ou un changement de condition. »*État de santé et permis de conduire - SAAQ  |
| **Véhicule** | Un seul véhicule est admissible par personne. |
| **Véhicule usagé** | Une inspection mécanique avant la réalisation des travaux de modification peut être demandée. Les frais de l’inspection devront être déboursés par l’usager. Suite à l’inspection, si des réparations sont exigées, elles doivent être effectuées aux frais de l’usager. |
| Pour plus d’informations, visiter le site internet de la SAAQ pour l’adaptation ou l’achat d’un véhicule pour personne à mobilité réduite et choisir l’onglet concernant votre situation.  |

Afin d’être en mesure de bien évaluer votre admissibilité au programme et de nous permettre de bien connaitre votre situation, veuillez répondre le plus justement possible aux questions ci-dessous. Merci de compléter ce document et le joindre à la [Demande de services en déficience physique services spécialisés externes](https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/CISSSMO/Demande%20de%20service%20ext%20DP%20-%20version%20%C3%A9lectronique.docx)

| **RENSEIGNEMENTS DE L’USAGER**  |
| --- |
| Remplir seulement les cases **Nom, Prénom** et **Date de naissance** de l’encadré en haut de la page à droite (adressogramme). |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnostic ou conclusion professionnelle lié à la présente demande :  |   |
| Autres diagnostics ou conditions associées :  |   |

| **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 programme de conduite automobile 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 |

| **MOTIF(S) DE LA RÉFÉRENCE** | **À REMPLIR** |
| --- | --- |
| **Conducteur / futur conducteur** | [ ]  Vous n’avez jamais eu de permis de conduire et vous souhaitez en obtenir un. Évaluation des capacités à la conduite auto **pour un nouveau conducteur — 1er permis**  | 1-3-8-9-10-11 |
| [ ]  Vous possédez un permis de conduire, incluant celui d’apprenti et vous voulez continuer à conduire, mais vous voulez ou devez avoir une évaluation de vos capacités à conduire. [ ]  Vous souhaitez un renouvellement de vos équipements adaptés pour la conduite auto. | 2-3-8-9-10-11 |
| [ ]  Vous avez des difficultés à accéder ou transférer au véhicule. [ ]  Vous avez besoin d’un système de chargement pour vos aides à la mobilité. | Ajout de 6-7 |
| **Passager****Enfant/adulte** | [ ]  Difficultés à accéder ou transférer au véhicule pour un passager.[ ]  Besoin pour charger les aides à la mobilité d’un passager. | Adulte : 5 à 11Enfant : 4 à 11 |

| 1. **COURS DE CONDUITE –CHOISIR CE QUI CORRESPOND A VOTRE SITUATION**
 |
| --- |
| [ ]  Vous avez débuté vos cours de conduite phase 1. Spécifier la date de début :  |   |
| [ ]  Vous êtes inscrit à des cours de conduite phase 1. Spécifier la date de début : |   |
| [ ]  Vous envisagez vous inscrire a des cours de conduite. Spécifier la date approximative de l’inscription :  |   |
| Rappel, déclaration du handicap à la SAAQ : Avant de l’inscription à des cours de conduite répondre au questionnaire à remplir avant de commencer un cours de conduite (PDF, 93,6 Ko)[[1]](#footnote-1) Indiquer la limitation, et ce, peu importe la gravité de l’atteinte.  |

| 1. **PERMIS DE CONDUIRE**
 |
| --- |
| Numéro de permis ou d’apprenti conducteur : *(No débutant par la 1re lettre du nom de famille)*  |   |
| Si permis d’apprenti conducteur, **date** à laquelle vous avez obtenu le permis d’apprenti :  |   |
| Classe (s) :  |   | Conditions si applicables (lettre sur le permis) :  |   |
| Valide le (date) : |   | Expire le (date) : |   |
| **Est-ce qu’il a eu une déclaration de votre état/condition de santé à la SAAQ?**  |
| ☐ NON :  | Vous devez déclarer à la SAAQ tout problème de santé qui pourrait nuire à votre capacité à conduire de façon sécuritaire, et cela, peu importe la classe de votre permis de conduire et votre âge. État de santé et permis de conduire - SAAQ (gouv.qc.ca)  |
| [ ]  OUI : | *De quelle manière ?*[ ]  Autodéclaration médicale [ ]  Rapport sur l’état de santé (28)  [ ]  Clic SAAQ |
| *Spécifiez quand ?*  |
| IMPORTANT : pour procéder à l’évaluation de la capacité à conduire, le formulaire 28 de la SAAQ Rapport sur l’état de santé - Permis de conduire devra être transmis à la SAAQ et la copie reçue au programme conduite automobile . |
| Avez-vous reçu un avis de la SAAQ pour l’évaluation fonctionnelle sur l’aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier ? [ ]  Non [ ]  Oui, **spécifiez la date d’échéance** (joindre la copie)  |  |
|   |
| Avez-vous déjà été évalué dans un centre de services de la SAAQ?  |  |
|  [ ]  Non [ ]  Oui, spécifiez le **lieu et la date** : |   |
| Avez-vous déjà été évalué par un(e) ergothérapeute pour vos capacités à conduire?  |  |
|  [ ]  Non [ ]  Oui, Spécifiez le **lieu et la date** : |   |
| Est-ce que vous conduisez actuellement ? | [ ]  Oui [ ]  Non, quelle est la raison?  |  |

| 1. **SITUATION ACTUELLE**
 |
| --- |
| Brève description des problématiques vécues au quotidien en lien avec la conduite automobile, nécessitant une évaluation de  |
| de la conduite : |   |
| Pourquoi faire la demande maintenant (élément déclencheur) : [ ]  Nouveau diagnostic [ ]  Obligation de la SAAQ [ ]  Âge admissible ou prêt pour avoir le permis de conduire[ ]  Autre raison, expliquez :  |

| 1. **PASSAGER ENFANT SEULEMENT**
 |
| --- |
| Grandeur (cm) : |   | Poids (lb) :  |   | Type de siège d’auto utilisé actuellement : |   |
| Comment sont réalisés les transferts de l’enfant au quotidien?  [ ]  avec équipement [ ]  sans équipement SVP, détaillez :  |  |
|   |
| Est-ce que le siège automobile répond aux besoins de l’enfant en fonction des recommandations établies ?  |
|   |
| Avez-vous vérifié si d’autres modèles de siège d’auto pourraient répondre aux besoins de l’enfant |
|   |

| 1. **PASSAGER (ENFANT ET ADULTE)**
 |
| --- |
| Même si votre demande est en tant que passager, si vous possédez un permis de conduire, vous devez aussi remplir la **section 2 ET** transmettre au programme conduite automobile la copie du formulaire 28 de la SAAQ « Rapport sur l’état de santé-Permis de conduire » qui a préalablement été envoyé à la SAAQ et ce avant le début des rencontres pour l’adaptation du véhicule. |
| Brève description des problématiques vécues au quotidien et les besoins en lien avec le transfert au véhicule ou le chargement |
| des aides à la mobilité nécessitant une adaptation de véhicule : |   |
| Pourquoi faire la demande maintenant (élément déclencheur)?  |
| [ ]  Nouveau diagnostic [ ]  Autre raison, expliquez : |   |

| 1. **TYPE DE TRANSFERT**
 | [ ]  **Ne s’applique pas** |
| --- | --- |
| Actuellement, comment vous réalisez le transfert dans votre siège d’automobile? |
| [ ]  Par pivot sur vos jambes | [ ]  Assis à assis sans utiliser les jambes et sans planche de transfert |
| [ ]  Avec planche de transfert | [ ]  Avec lève-personne |
| [ ]  Aide partielle d’une personne | [ ]  Aide totale d’une autre personne (dans les bras)  |

| 1. **AIDE À LA MOBILITÉ**
 |
| --- |
| **Est-ce que vous pouvez marcher seul du coffre de l’auto à l’avant du véhicule sans aide technique?** |
| ☐ **OUI** :  | *Est-ce que vous êtes en attente d’une aide technique, d’un changement d’aide ou vous prévoyez changer celle-ci?*  |
| [ ]  Non ☐ Oui, quand (date approximative) : |   |
| [ ]  **NON** :  *(4 sous- questions)* | *Quel(s) type(s) d’aide technique est nécessaire pour vos déplacements ?*[ ]  Déambulateur/Marchette [ ]  Canne [ ]  Poussette adaptée [ ]  Fauteuil roulant motorisé [ ]  Fauteuil roulant manuel spécifiez : [ ]  *cadre rigide* [ ]  *cadre pliant* [ ]  Triporteur/Quadriporteur\* [ ]  Autre (spécifiez) :  ***\*****Si vous avez un**triporteur/quadriporteur joindre l’attestation confirmant qu’il répond aux normes de la RAMQ* |
| *Êtes-vous en mesure de mettre l’aide technique de manière* autonome dans votre véhicule ?  |
| [ ]  Oui [ ]  Non, spécifiez qui le fait pour vous ? |   |
|  | *Comment avez-vous obtenu cette aide ?*  |  |
| [ ]  RAMQ [ ]  Achat personnel [ ]  Assurances [ ]  Autre, **spécifiez :** |   |
|  | *Vous l’avez depuis quelle date (approximative) :* |   |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**
 |
| Y a-t-il un autre membre de votre famille, résidant à la même adresse, qui présente une déficience motrice ? | [ ]  Oui [ ]  Non, passez à la **section 9** |
| Est-ce que cette personne nécessiterait une évaluation pour des adaptations ? | [ ]  Oui\* [ ]  Non, passez à la **section 9** |
| Est-ce qu’une demande de services (référence) a aussi été complétée pour cette personne? | [ ]  Non\*[ ]  Oui, indiquez son prénom, nom et date de naissance :  |  |
|   |
| \*Une demande de services avec les formulaires requis devra aussi nous être envoyée pour cette personne |

| 1. **VÉHICULE ACTUEL**
 |
| --- |
| MARQUE | MODÈLE | ANNÉE | KILOMÉTRAGE | TRANSMISSION |
|   |   |   |   | [ ]  Automatique [ ]  Manuelle |
| S’agit-il d’une voiture de location?  | [ ]  Non [ ]  Oui |
| Est-ce qu’il y a un changement de véhicule prévu?**\*** | [ ]  Non [ ]  Oui, détaillez : |   |
| Votre véhicule possède-t-il déjà des adaptations (équipements adaptés pour faciliter la conduite ou pour en faciliter l’accès)? |
| [ ]  Non [ ]  Oui, lesquelles et quand ont-elles été installées ? |   |
| \*Il est fortement suggéré d’attendre d’avoir complété l’évaluation avec l’ergothérapeute avant de changer de véhicule. Toutefois, si un changement de véhicule est requis, l'achat du nouveau véhicule doit se faire dans les 12 mois suivant l’évaluation de l’ergothérapeute. |

|  |
| --- |
| 1. **DÉPLACEMENTS**
 |
| **Cochez parmi les activités suivantes pour lesquelles vous avez besoin de votre véhicule.**Ou ici si[ ]  Ne s’applique pas  | [ ]  Travail – Si arrêt de travail, retour prévu le : **Est-ce que votre véhicule est requis dans le cadre de l’exercice de vos fonctions au travail?**  (Autre que pour les déplacements entre la maison et le travail) [ ]  Non [ ]  Oui |
| [ ]  Études – Si études en arrêt, retour prévu le :  |
| [ ]  Soins médicaux obligatoires reçus à **l’externe** du domicile (ex. radiothérapie, dialyse, etc.). **Svp spécifiez** :  | **Type de soins :** **Lieu des soins :** **Fréquence (Ex. : une fois/ 10 jours) :**  |
| Êtes-vous en mesure d’utiliser le transport en commun pour vos déplacements au besoin? [ ]  Non [ ]  Oui |
| Avez-vous accès au transport adapté? [ ]  Non [ ]  Oui, précisez : |  |
| Avez-vous d’autres moyens alternatifs pour vos déplacements, si besoin? [ ]  Co-voiturage [ ]  Taxi [ ]  Bénévole [ ]  Autre, précisez :  |

| 1. **PERSONNES AYANT COLLABORÉ OU COMPLÉTÉ LE DOCUMENT**
 |
| --- |
| [ ]  Usager [ ]  Parent de l’usager (inscrire prénom et nom) :  |   |
| [ ]  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 :   |   |
| Date à laquelle le document a été rempli (AAAA/MM/JJ) :  |   |

Formulaire inspiré de l’*Annexe 1 « informations complémentaires au programme d’évaluation et de réadaptation en conduite automobile (PERCA) du CISSS Chaudière-Appalaches et de l’ Annexe D « Service spécialisé en déficience physique Programme conduite automobile » CISSS de Laval*

1. Obtenir le permis auto (classe 5) - SAAQ (gouv.qc.ca) [↑](#footnote-ref-1)