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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) :  |   |