

Service des aides techniques

560 Cartier Ouest, Laval Qc H7V 1J1
Tél: 450-688-5728 Fax : (450) 688-5187

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval



Hôpital juif de réadaptation

Fiducie LAVAL - Programme de chaussures orthétiques Demande d'évaluation pour les chaussures MSSS

Date de la demande : _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demande initiale | <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Demande par le client | <input type="checkbox"/> Demande par intervenant |

CLIENT

INTERVENANT

Nom : _____

Centre / Laboratoire : _____

Prénom : _____

Contact : _____

Rue : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Code Postal : _____

Fax : _____

Téléphone Maison : _____

Cellulaire : _____

NAM : _____ Exp. : _____

Date de Naissance (AAAA/MM/JJ) : _____

Lien avec la personne pour qui la demande est faite :

- Père-Mère Tuteur/trice Conjoint/e Curateur/trice

LE CLIENT EST BÉNÉFICIAIRE D'UN DES PROGRAMMES MENTIONNÉS CI-DESSOUS :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CSST, SAAQ, IVAC, Gouvernement Fédéral | <input type="checkbox"/> Ministère de l'emploi et des services sociaux (MSSS) |
| <input type="checkbox"/> Assurances privées | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Identification du besoin par le client :

Réservé à l'administration

DOSSIER : _____ # DS : _____ Date de la demande : ____/____/____

Service des aides techniques

560 Cartier Ouest, Laval Qc H7V 1J1
Tél: 450-688-5728 Fax : (450) 688-5187

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval



Hôpital juif de réadaptation

PARTIE A : BILAN MÉDICAL – Diagnostics selon la prescription médicale ci-jointe :

a) Diagnostic

b) Conditions associées

c) Chirurgies antérieures

Signature de l'intervenant(e)

Date de l'évaluation

Réservé à l'administration

DOSSIER : _____ # DS : _____ Date de la demande : ____/____/____