

Demande de référence en ergothérapie

I. IDENTIFICATION DU CLIENT Voir le formulaire de référence au service des aides techniques

Nom : _____ Téléphone : _____

No. d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Adresse complète : _____

Personne ressource et téléphone : _____

Diagnostic et conditions associées : _____

II. HISTOIRE DE CAS ET MOTIF DE RÉFÉRENCE

Nom du référant et établissement : _____

Téléphone du référant : _____

Demande pour :

Révision positionnement

Réparation/modification du fauteuil

Coussin spécial

Bascule motorisé

Appui-jambes élévateurs motorisés

Dossier inclinable

Autre : _____

Modèle de fauteuil : _____ Numéro de série : _____

PROBLÉMATIQUES NOTÉES

ESSAIS RÉALISÉS ET RÉSULTATS (SI APPLICABLE)

III. PISTES DE SOLUTIONS ET RECOMMANDATIONS (SI APPLICABLE)

SIGNATURE DU RÉFÉRANT : _____ DATE : _____