

Formulaire de référence au Service des aides techniques

MOTIF DE RÉFÉRENCE

Date : _____ Nombre de pages du document : _____

Ci-joint : Prescription du médecin Référence en physiothérapie Fiche d'identification de l'utilisateur

Nouvelle demande de fauteuil roulant (attribution initiale ou remplacement pour un autre type d'appareil)

Avec troubles posturaux Sans troubles posturaux

Formulaire « 3841 » joint avec la demande

Réévaluation du fauteuil roulant (modification / réparation / remplacement pour usure)

Formulaire « Demande de référence au service des aides techniques » joint à la demande

Demande d'aide à la marche

« Formulaire pour une demande d'aide à la marche » joint à la demande

Demande d'orthèses ou semelles plantaires

Attribution Révision Réparation Plaie

Formulaire « Demande d'évaluation / réparation en orthèse » joint à la demande

Demande de chaussures orthopédiques

Formulaire « Demande d'évaluation pour les chaussures MSSS » joint à la demande

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

NAM : _____ Expiration : _____

Personne ressource : _____ Téléphone : _____

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom du référent : _____ Titre : _____

Établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Je veux être avisé du rendez-vous. Je veux être présent au rendez-vous. Je veux être avisé des résultats de l'évaluation.

PRIORISATION (réservée au Service des Aides Techniques)

Niveau de priorisation : Élevée Modérée Basse

Rendez-vous : Ergo Ergo-T.P. T.P. Mécano