

**Service des aides techniques**

Téléphone : 450 688-5728 poste 221

Télécopieur : 450 688-5187

Coordonnées du client

**Demande d'évaluation/réparation en orthèse**

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**INTERVENANT**

Contact : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

**DEMANDE** :  CORRECTION  ACHAT INITIAL

Membre(s) Supérieur(s)  Droite  Gauche

Membre(s) Inférieur(s)  Droite  Gauche

Tronc

Autres \_\_\_\_\_

**DÉMARCHE PATHOLOGIQUE** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Action(s) souhaitée(s) en lien avec l'appareillage demandé** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Description** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

CSST

Ministère de l'emploi et des services sociaux (MSSS)

RAMQ

SAAQ

Assurances privées

Autres : \_\_\_\_\_

Diagnostic(s) selon la prescription : \_\_\_\_\_

Jours et Heures des disponibilités du client : \_\_\_\_\_

Nom du médecin prescripteur : \_\_\_\_\_ **(joindre la Px)** # permis : \_\_\_\_\_