

ATTESTATION D'INSUFFISANCE SÉVÈRE
AU PLAN CARDIO-RESPIRATOIRE OU CARDIO-VASCULAIRE

(pour l'obtention d'un fauteuil roulant motorisé selon l'article 53.3 du programme d'appareils suppléant à une déficience physique du régime d'assurance-maladie du Québec)

Identification du client :

Nom :	
Prénom :	
# d'assurance-maladie :	

- La présente atteste que mon client, ci-haut mentionné, **a une insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire**, associée à une déficience physique.

Son insuffisance est celle du GROUPE B de la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec et dont la mesure est réalisée lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six (6) mois.

- La présente atteste que mon client, ci-haut mentionné, **a une insuffisance sévère au plan cardio-vasculaire**, associée à une déficience physique.

Son insuffisance est celle de la classe 3 de la classification fonctionnelle du déficit cardio-vasculaire utilisée par la « New-York Heart Association » et dont la mesure est réalisée lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six (6) mois.

Signature du CARDIOLOGUE/PNEUMOLOGUE :	
Nom en lettres moulées :	
Numéro de permis :	
Téléphone :	Date :