

Formulaire de référence au programme des aides techniques

Hôpital juif de réadaptation

MOTIF DE RÉFÉRENCE

Date :

Nombre de pages du document :

Section aide à la locomotion et aide technique à la posture (ATP)

Nouvelle demande de fauteuil roulant, base roulante ou poussette (attribution initiale ou remplacement pour un autre type d'appareil) Sans troubles posturaux Avec troubles posturaux (ex. : nécessitant coussin spécialisé, appui-moignon, butées, etc.)

Obligatoire : Formulaire « 3841 » ET Document médical (copie de document contenant la liste de diagnostics médicaux complété et signé par un médecin)

Demande de réévaluation en ergothérapie concernant le fauteuil roulant, la base roulante, une poussette ou l'aide technique à la posture (ATP) (modification / réparation / remplacement pour usure / ajout d'un composant ATP)

Obligatoire : Formulaire « Demande de réévaluation en ergothérapie SAT »

Demande de réparation du fauteuil roulant, de la base roulante, de la poussette ou de l'aide technique à la posture (ATP) (réparation seulement sans consultation avec un ergothérapeute)

Obligatoire : Formulaire « Demande de réparation pour une aide à la locomotion ou à la marche »

Section aide à la marche

Demande d'attribution d'une aide à la marche (cane, marchette, béquilles avec appui d'avant-bras)

Obligatoire : « Formulaire pour une demande d'aide à la marche » ET Document médical (copie d'un document contenant la liste des diagnostics médicaux complétée et signée par un médecin)

Demande de réparation d'une aide à la marche (réparation seulement sans consultation avec un ergothérapeute)

Obligatoire : Formulaire « Demande de réparation pour une aide à la locomotion ou à la marche »

Section orthèse et chaussures

Demande d'orthèse ou orthèses plantaires

Attribution Révision Réparation Plaie

Obligatoire : Formulaire « Demande d'évaluation ou de réparation d'orthèse » ET

Prescription d'un spécialiste* *requis pour l'attribution initiale ou changement de condition d'une orthèse* OU

Prescription d'un omnipraticien pour les orthèses plantaires

* *Orthopédiste, physiatre, rhumatologue, neurologue, neurochirurgien, gériatre, omnipraticien avec des privilèges de prescription RAMQ*

Demande de chaussures orthopédiques

Obligatoire : Formulaire « Demande d'évaluation Fiducie de Laval Programme de chaussures orthétiques » ET

Prescription d'un spécialiste*

Demande de consultation en physiatry (contexte d'appareillage seulement)

Clientèle Adulte Enfant Attribution initiale d'orthèse Remplacement en raison d'un changement de condition (valable pour les orthèses, les aides à la marche et les aides à la locomotion)

Obligatoire : Formulaire « Demande de consultation en physiatry » signé par un médecin

Remplissez les informations d'identification de l'utilisateur et du référent au verso SVP**IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Nom : Prénom :

Adresse :

Courriel :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Numéro d'assurance maladie : Date d'expiration :

Personne-ressource : Téléphone :

Présence d'une bactérie SARM ERV CDIFF Autre :

L'USAGER CONSENT À LA RÉFÉRENCE ET À LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION À SON SUJET**IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT**

Nom du référent : Titre :

Établissement/Site :

Adresse :

Courriel :

Téléphone : poste : Télécopieur :

J'aimerais être informé du rendez-vous.

J'aimerais être présent au rendez-vous.

J'aimerais être informé des résultats de l'évaluation.

Aucun suivi nécessaire avec le référent

COMMENTAIRES

Transmettre au programme des aides techniques par télécopieur ou par courriel.

- Télécopieur : 450 688-5187
- Courriel : sat_admission_hjr@ssss.gouv.qc.ca
- Questions : 450 688-5728, option 1, poste 84221

PRIORISATION (réservée au programme des aides techniques)Niveau de priorisation : Élevé Modéré Bas
Rendez-vous : Ergo Ergo-TOP TOP Mécano