

Demande de réévaluation en ergothérapie SAT

Hôpital juif de réadaptation

Adressographe

Obligatoire : Joindre le formulaire de référence au service des aides techniques (SAT) à cette demande

Identification de l'utilisateur

Nom :

Prénom :

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration :

Diagnostic et conditions associées :

Histoire de cas et motif de référence

La demande de référence vise :

Révision du positionnement

Coussin spécial

Bascule motorisée

Réparation/modification du fauteuil

Appui-jambes élévateurs

Dossier inclinable

Autre :

Modèle du fauteuil/base :

de série du fauteuil/base :

Problèmes notés :

Essais réalisés et résultats (si applicable) :

Pistes de solution et recommandations (si applicable) :

Signature du référent :

Date :

Transmettre cette demande au service des aides techniques (SAT) 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