

## FORMULAIRE D'UNE DEMANDE DE SERVICES

**Date de réception :** \_\_\_\_\_

**Date dossier complet :** \_\_\_\_\_

**Date de décision :** \_\_\_\_\_

**No dossier :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_ **D.N. :** \_\_\_\_\_ F  M

**N.A.M. :** \_\_\_\_\_ **Exp.:** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Depuis plus de 6 mois? Oui**  Si non, Région : \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone résidence :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **cellulaire :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **travail :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Père :** \_\_\_\_\_ **Mère :** \_\_\_\_\_ **Conjoint :** \_\_\_\_\_

**Tél. trav. père :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Tél. trav. mère :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Autre adresse si différente** \_\_\_\_\_

**Milieu de vie :** Famille naturelle  Père  Mère  Vit seul

Famille d'accueil  Responsable : \_\_\_\_\_ Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

R.I.  R.T.F.  CHSLD  Nom : \_\_\_\_\_

Occupation de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

**PERSONNE À CONTACTER SI URGENCE :** Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone rés. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ trav. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**L'USAGER EST-IL PORTEUR OU A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ PORTEUR D'UNE DES BACTÉRIES SUIVANTES :**  Non  Oui

SARM  ERV  Clostridium difficile (C difficile)  Autres : \_\_\_\_\_ Depuis quand? \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENT:** \_\_\_\_\_ **PROFESSION :** \_\_\_\_\_

**ÉTABLISSEMENT :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_ **TÉL. :** \_\_\_\_\_

**OBJET DE LA DEMANDE :** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC :** \_\_\_\_\_ **Code(s) CIM-10** \_\_\_\_\_

**C.S.S.T.**  **R.A.M.Q.**  **S.A.A.Q.**  **I.V.A.C.**  **FACTURABLE**

**N° de réclamation :** \_\_\_\_\_ **Date évènement :** \_\_\_\_\_

**Type d'évènement :** \_\_\_\_\_

**Agent d'indemnisation :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Conseiller en réadaptation :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ AU PERSONNEL DU CRDP INTERVAL

**Admissibilité AEO :**  Acceptée  Refusée  Annulée

**Motif :** \_\_\_\_\_ **Orientation** \_\_\_\_\_

**Plan d'accès :** Niveau de priorité :  Urgent  Élevé  Modéré  Non-applicable

**Signature du responsable :** \_\_\_\_\_ **UA3** \_\_\_\_\_ **Prog./serv. :** \_\_\_\_\_

**S.V.P. Joindre les documents obligatoires aux demandes pour les programmes ci-dessous et les faire parvenir par la poste ou par télécopieur à l'endroit suivant :**

**CRDP InterVal, A.E.O.**

**1775, Nicolas-Perrot**

**Trois-Rivières (QC) G9A 1C5**

**Tél. : 819 378-4083 poste 1480**

**Télec. : 819 376-5326**

<b>DÉFICIENCE AUDITIVE</b>	<input type="checkbox"/> Rapport d'évaluation audiolinguistique (sauf pour les cas d'acouphènes où le rapport ORL est suffisant) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
SAT auditif	<input type="checkbox"/> Audiogramme datant de moins d'un an. <input type="checkbox"/> Recommandations d'aides de suppléance à l'audition, datant de moins d'un an, complété par l'audiologiste <input type="checkbox"/> Certificat médical permanent ou non permanent (datant de moins d'un an) complété par l'ORL.
<b>DÉFICIENCE DU LANGAGE</b>	<input type="checkbox"/> Rapport d'évaluation orthophonique concluant à un trouble du langage, une hypothèse de trouble du langage ou à un bégaiement décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
<b>DÉFICIENCE MOTRICE</b>	<input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de déficience motrice ou à un trouble de développement pour les usagers âgés de moins de 18 ans (Enfance) <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergothérapie, physiothérapie, service social, psychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur leurs habitudes de vie. <b>Traumatologie :</b> <input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de TCC, de blessure médullaire (BM) ou de blessures orthopédiques graves (BOG) incluant la date de l'accident. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergo, physio, service social, neuropsychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
<b>DÉFICIENCE VISUELLE</b>	<input type="checkbox"/> Rapport d'optométrie ou d'ophtalmologie (datant de moins d'un an) précisant l'acuité et le champ visuel décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.
SAT visuel	<input type="checkbox"/> Recommandation d'un intervenant d'un programme de réadaptation en déficience visuelle.
<b>CONDUITE AUTOMOBILE</b>	<input type="checkbox"/> Formulaire d'inscription du CRDP InterVal « <u>Formulaire d'une demande de services Expertises et évaluations en conduite automobile</u> » dûment complété. <b>Test routier (conducteur) :</b> <input type="checkbox"/> Formulaire M-28 (SAAQ) complété par le médecin traitant. <input type="checkbox"/> Lettre de la SAAQ mentionnant la nécessité d'une évaluation fonctionnelle en ergothérapie. <b>Adaptation de véhicule :</b> <input type="checkbox"/> Prescription médicale mentionnant le diagnostic et précisant qu'une adaptation est nécessaire. OU <input type="checkbox"/> Formulaire M-28 (SAAQ) complété par le médecin traitant.

**S.V.P. Joindre les documents obligatoires aux demandes pour les programmes ci-dessous et les faire parvenir par la poste ou par télécopieur à l'endroit indiqué : CRDP InterVal, 3450, Sainte-Marguerite, Trois-Rivières QC G8Z 1X3**

**Merci de préciser l'équipe concernée : URFI, SAT Moteur, Clinique de Spasticité**

<b>Déficience Motrice (Adultes-URFI)</b> Tél. : 819 378-4083 poste 1646 Télec. : 819 379-9360	<input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de déficience motrice ou à un trouble de développement pour les usagers âgés de plus de 18 ans. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergo, physio, service social, psychologie, etc.) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur leurs habitudes de vie.
<b>SAT moteur (Pavillon G)</b> Tél. : 819 378-4083 poste 1800 Tél. sans frais : 1 877 695-4820 Télec. : 819 379-7981	<input type="checkbox"/> L'ordonnance médicale écrite confirmant le diagnostic de la déficience motrice, les incapacités de l'utilisateur et la nécessité d'un appareil en provenance d'un médecin spécialiste en orthopédie, en physiothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie ou en neurochirurgie ou d'un omnipraticien ayant un privilège d'ordonnance médicale du CRDP InterVal en lien aux aides à la locomotion, aux prothèses, aux orthèses et autres équipements.
<b>Clinique interdisciplinaire de gestion de la spasticité</b> Tél. : 819 378-4083 poste 1663 Télec. : 819 370-1335	<input type="checkbox"/> Rapports et recommandations du médecin traitant, du médecin spécialiste ou d'un intervenant de la santé.
<b>Supplément au loyer</b> 1775, Nicolas-Perrot Trois-Rivières (QC) G9A 1C5 Tél. : 819 378-4083 poste 1422	<input type="checkbox"/> Formulaire SHQ 1420-06 (2002-05) « Demande de logement à loyer modique » dûment complété. <input type="checkbox"/> Pièces justificatives attestant les revenus du ménage de l'année. <input type="checkbox"/> Rapport confirmant un diagnostic de la déficience motrice. <input type="checkbox"/> Rapports professionnels (ergo, physio, service social) décrivant les incapacités significatives et persistantes et leurs impacts sur les habitudes de vie.