

FORMULAIRE D'UNE DEMANDE DE SERVICES

Expertises et évaluations en conduite automobile

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 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 INSCRITS AU VERSO

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
Télé. : 819 376-5326**

| | |
|------------------------------|--|
| DÉFICIENCE AUDITIVE | <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. |
| DÉFICIENCE DU LANGAGE | <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. |
| DÉFICIENCE MOTRICE | <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. Traumatologie : <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. |
| DÉFICIENCE VISUELLE | <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. |
| CONDUITE AUTOMOBILE | <input type="checkbox"/> Formulaire d'inscription du CRDP InterVal « Formulaire d'une demande de services Expertises et évaluations en conduite automobile » dûment complété. Test routier (conducteur) : <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. Adaptation de véhicule : <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 QCG8Z 1X3

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

| | |
|---|---|
| Déficience Motrice (Adultes-URFI) Tél. : 819 378-4083 poste 1646 Télé. : 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. |
| SAT moteur (Pavillon G) Tél. : 819 378-4083 poste 1800 Tél. sans frais: 1 877 695-4820 Télé. : 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. |
| Clinique interdisciplinaire de gestion de la spasticité Tél. : 819 378-4083 poste 1663 Télé. : 819 370-1335 | <input type="checkbox"/> Rapports et recommandations du médecin traitant, du médecin spécialiste ou d'un intervenant de la santé. |
| Supplément au loyer 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 |

DOSSIER MÉDICAL

Joindre formulaire M-28 ou M-5 (si diagnostic de : TCC, SEP, AVC ou problèmes visuels)

Diagnostic principal : Date d'incapacité :
année / mois / jour

Autres diagnostics :

Conditions associées (MCAS, HTA, épilepsie, étourdissements, troubles visuels, problème de comportement) :

Déficits cognitifs :

Limitations motrices :

DÉPLACEMENTS : canne
 F/R manuel pliant
 F/R manuel cadre rigide
 F/R motorisé
 quadriporteur
 base roulante
 autre :

TRANSFERTS : Le client est-il capable de transférer dans un véhicule?

Autonome
 Autonome avec aide humaine
 Autonome avec aide technique
 Non autonome, le client restera assis dans :
 Fauteuil roulant
 Base roulante
 Siège d'auto adapté

Médication (si conducteur seulement) :

Voir liste des médicaments en annexe :

OBJECTIF DE LA DEMANDE

Conducteur

Passager

Passager enfant

Prescription médicale obligatoire pour passager et passager enfant

ÉVALUATION DES CAPACITÉS POUR LA CONDUITE AUTOMOBILE

L'obtention d'un premier permis de conduire.

L'ajustement d'un permis encore valide : avec condition « S » **OU** sans condition « S »

ÉVALUATION DE L'ADAPTATION DES VÉHICULES (inscrire la date d'inscription au PAV*) :
année / mois / jour

Accès au véhicule : poignée d'embarquement planche motorisée siège motorisé

plateforme élévatrice rampe motorisée rampe manuelle

à évaluer

Chargement de l'aide à la mobilité : treuil système de chargement sur toit remorque

à évaluer

Conduite du véhicule : boule au volant commande manuelle

extenseur des clignotants accélérateur à gauche

à évaluer

RENOUVELLEMENT D'ÉQUIPEMENTS DÉSUETS :

inscrire la date d'inscription au PAV : (année / mois / jour)

inscrire la liste d'équipements à renouveler :

*PAV : programme adaptation des véhicules

Problématiques particulières à vérifier lors de l'évaluation et résultats d'évaluation pertinents à la présente demande :

Ci-joint le rapport d'évaluation récent en ergothérapie ou autres informations en annexe

PERMIS DE CONDUIRE (pour les clients conducteurs seulement)

No permis de conduire : Années d'expérience :

Classe(s) : Condition(s) :

Le client conduit-il actuellement : Oui Non Si non, pourquoi :

Transmission automatique Transmission manuelle

Pour quelles raisons utilisez-vous votre véhicule? Travail Loisirs Réadaptation

VÉHICULE ACTUEL

Marque : Modèle :

Année : Kilométrage :

Transmission automatique : Transmission manuelle

Est-ce que le véhicule est loué? oui non

Est-ce que le véhicule est déjà adapté? oui non Si oui avec quel équipement?

Est-ce que le véhicule actuel permet l'adaptation demandée? oui non

si non, y a-t-il possibilité d'acheter un autre modèle? oui non

(section réservée au Centre InterVal)

Vérification dossier conducteur avec validation du permis de conduire : Date : _____
année / mois / jour

Vérification par : _____

Remarques : Permis valide : avec condition S / sans condition S _____

(section réservée au secrétariat)

Autorisation du conseiller – SAAQ ou CSST pour le paiement du test sur la route.

Date : _____ Vérification par : _____
année / mois / jour

Test routier autorisé : oui non

Autorisé par : _____