



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU SERVICE DES AIDES TECHNIQUES (SAT)

Site Gingras-Lindsay-de-Montréal

Site Lucie-Bruneau

Date : _____

Urgent

Consultation demandée pour l'utilisateur :

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____

N° TÉL. : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

COURRIEL : _____ DATE D'EXPIRATION DE LA RAMQ : _____

PERSONNE RESSOURCE : _____ LIEN : _____ N° TÉL. : _____

NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____ SPÉCIALITÉ : _____

DOSSIER CLSC OUVERT NON OUI Intervenant principal : _____ N° TEL : _____

AGENT PAYEUR : RAMQ CLIENT CNESST SAAQ N° de dossier : _____

DIAGNOSTIC (S) ET SOURCES DE CES DERNIERS (NOM DU MD ET DATE): _____

CONDITION(S) ASSOCIÉE(S) PERTINENTE(S) : _____

PRÉSENCE D'UNE BACTÉRIE : SARM ERV CDIFF AUTRE _____

PRÉSENCE DE PUNAISES DE LIT COQUERELLES

LE CLIENT CONSENT À LA RÉFÉRENCE ET À LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION À SON SUJET

■ BIEN NOTER QUE NOUS NE FAISONS PAS D'INTERVENTION CLINIQUE À DOMICILE ■

Référence demandée par :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

TITRE : _____ N° TÉL. : _____ POSTE : _____

COURRIEL : _____ FAX : _____

ÉTABLISSEMENT : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE OU JOINDRE UN COURT RÉSUMÉ D'INTERVENTION (Informations pertinentes à la situation :

ex : Incapacité aux membres supérieurs et/ou aux membres inférieurs, limitations à la marche et/ou à la propulsion, habitudes de vie, activités significatives, difficultés au niveau de la posture assise, condition de la peau, appareils attribués, agent payeur).

Milieu de vie (accessibilité du domicile, ascenseur, escaliers, cadres de portes) :

Appareil visé : J'atteste que l'utilisation de l'appareil sera permanente

FR MANUEL FR MOTORISÉ BASE ROULANTE POSITIONNEMENT : _____

AIDE À LA MARCHÉ : _____ AUTRE _____

ORTHÈSE _____ PROTHÈSE _____

ATTRIBUTION RÉPARATION/MODIFICATION

Fréquence du port de l'orthèse: NUIT JOUR QUOTIDIENNE

Durée du port de l'orthèse : 3 MOIS 6 MOIS 12 MOIS PERMANENT

NOM DE LA PERSONNE QUI RÉFÈRE

SIGNATURE

DATE

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE AU SERVICE DES AIDES
TECHNIQUES (SAT)**

LISTE DE VÉRIFICATION SPÉCIFIQUE AUX TYPES D'APPAREIL VISÉ PAR INSTALLATION :

SAT INSTALLATION CRLB

2305 Laurier est, Montréal, H2H 1C5

Tél. : (514) 527-4527 #2240 FAX : (514) 523-5433

Courriel : patmp.crlb@sss.gouv.qc.ca

Demande concernant l'attribution, le remplacement ou la modification de FAUTEUILS, BASES ROULANTES et de POSITIONNEMENT :

- Fournir le présent formulaire complété
- Inscrire la provenance des informations médicales à l'endroit prévu du présent formulaire **ou** fournir un document médical ou une prescription (déjà au dossier ou en lien avec la demande actuelle) signé par un médecin, spécialiste ou non, confirmant les diagnostics

Demands D'AIDE À LA MARCHE :

- Le formulaire d'évaluation d'aide à la marche complété par physiothérapeute ou ergothérapeute est nécessaire.
- Inscrire la provenance des informations médicales à l'endroit prévu sur le formulaire d'évaluation **ou** fournir un document médical ou une prescription (déjà au dossier ou en lien avec la demande actuelle) signé par un médecin, spécialiste ou non, confirmant les diagnostics

Demande concernant les RÉPARATIONS d'un appareil :

- Prendre RV par téléphone au département des aides techniques. 514 527 4527 poste 2240

Demande concernant l'attribution, le remplacement ou la modification D'ORTHÈSE :

- Fournir le présent formulaire complété
- Fournir une prescription d'un médecin spécialiste ou inscrire les informations médicales à l'endroit prévu du présent formulaire en indiquant la provenance

SAT INSTALLATION IRGLM

6300, avenue Darlington, Montréal, H3S 2J4

Tél. : 514 340-2080 option 2 Fax. : 514 340-2714**Courriel : aidestechniques.irglm.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca****Demande concernant l'attribution, le remplacement ou la modification de FAUTEUILS, BASES ROULANTES, de POSITIONNEMENT :**

- Fournir le présent formulaire complété
- Inscrire la provenance des informations médicales à l'endroit prévu du présent formulaire **ou** fournir un document médical ou une prescription (déjà au dossier ou en lien avec la demande actuelle) signé par un médecin, spécialiste ou non, confirmant les diagnostics

Demande D'AIDE À LA MARCHE :

- Le formulaire d'évaluation d'aide à la marche complété par physiothérapeute ou ergothérapeute est nécessaire.
- Inscrire la provenance des informations médicales à l'endroit prévu sur le formulaire d'évaluation **ou** fournir un document médical ou une prescription (déjà au dossier ou en lien avec la demande actuelle) signé par un médecin, spécialiste ou non, confirmant les diagnostics

Demande concernant les RÉPARATIONS d'un appareil :

- Prendre RV par téléphone au département des aides techniques. 514 340-2080 option 2

Demande concernant l'attribution, le remplacement ou la modification D'ORTHÈSE ou PROTHÈSE:

- Fournir le présent formulaire complété
- Fournir une prescription d'un médecin spécialiste ou inscrire les informations médicales à l'endroit prévu du présent formulaire en indiquant la provenance