

# DEMANDE DE SERVICES

## Service d'aides à la motricité (SAM)

SVP JOINDRE LES DOCUMENTS REQUIS

À L'USAGE DU CRE : N° dossier : \_\_\_\_\_

Correction à apporter

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
année | mois | jour

SEXE : M  F

N° ASSURANCE-MALADIE : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro Rue App.  
Municipalité Code postal

TÉLÉPHONE : Domicile : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Travail : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

TÉLÉCOPIEUR : Domicile : \_\_\_\_\_

LANGUE(S) PARLÉE(S) : Français  Anglais  Autre : \_\_\_\_\_

ÉTAT CIVIL : \_\_\_\_\_

RÉGIME DE PROTECTION (curateur, tuteur, conseiller) :  
Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

LIEU DE RÉSIDENCE :

1. Milieu naturel (avec parents, conjoint, enfants, milieu devie autonome)

2. Famille d'accueil (nom : \_\_\_\_\_)

3. Autre centre de réadaptation (CR) \_\_\_\_\_

4. Centre hospitalier : \_\_\_\_\_

5. CHSLD : \_\_\_\_\_

6. Hébergement privé : \_\_\_\_\_

7. Autres (chambre et pension, communauté religieuse)

AUTONOMIE :

1. Ambulant

2. Ambulant avec appareil d'appui : \_\_\_\_\_

3. Ambulant avec aide d'une personne

4. Fauteuil roulant :  électrique

5. Fauteuil roulant :  manuel  avec aide  sans aide

6. Alité

MODE DE COMMUNICATION UTILISÉ :

1. Parole et imprimé standards

2. Parole et imprimé gros caractères

3. Parole et braille

4. Parole et bande sonore

5. Tableau/appareil de communication

6. Relais Bell et langage gestuel

7. Autre personne comme intermédiaire

PERSONNE(S) SIGNIFICATIVE(S) À CONTACTER

Rendez-vous  Urgence

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Si pertinent :

N° SAAQ : \_\_\_\_\_

N° CSST : \_\_\_\_\_

N° IVAC : \_\_\_\_\_

PERMIS DE CONDUIRE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
année | mois | jour

STATUT :

Étudiant : École fréquentée : \_\_\_\_\_  
Commission scolaire : \_\_\_\_\_  
 CPE  Primaire  Secondaire  Collégial  Universitaire

Travailleur : Titre d'emploi : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_  
 Temps complet  Temps partiel

Sans emploi

Retraité

INFORMATION OBLIGATOIRE À COMPLÉTER SI LA DEMANDE CONCERNE UN ENFANT :

Qui fait la demande :  Père  Mère

Parent avec qui on doit prendre contact :  Père  Mère

\*PARENTS :

Nom du père : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse :  Parents  Père  Mère

Numéro Rue App.  
Municipalité Code postal

Adresse si différente :  Père  Mère

Numéro Rue App.  
Municipalité Code postal

Garde légale :

Mère seulement  Père seulement

Autre membre de la famille (frère, sœur)

Autre parent  Garde partagée

|   |  |   |                               |                                  |                               |   |                               |   |   |   |  |
|---|--|---|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|---|---|--|
| <p><b>DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET CONDITIONS ASSOCIÉES</b><br/><i>(Inscrire la source ou joindre une copie de l'attestation médicale)</i></p> <p>Diagnostic : _____</p> <p>Conditions associées : _____</p> <p>Type de document médical et date: _____</p> <p>Nom du médecin : _____</p> <p>Établissement : _____</p> <p>Allergies? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p>Médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p>La personne est-elle porteuse du SARM?<br/> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> | <p><b>ORIGINE DE LA DEMANDE</b></p> <p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Date : _____<br/><small>année   mois   jour</small></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Usager ou sa famille</td> <td><input type="checkbox"/> SAAQ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médecin</td> <td><input type="checkbox"/> CSST</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Physiothérapeute</td> <td><input type="checkbox"/> IVAC</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ergothérapeute</td> <td><input type="checkbox"/> Mécanicien et/ou MOP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> </tr> </table> <p>Téléphone : _____</p> <p>Télécopieur : _____</p> | <input type="checkbox"/> Usager ou sa famille | <input type="checkbox"/> SAAQ | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> CSST | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> IVAC | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Mécanicien et/ou MOP | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Usager ou sa famille   | <input type="checkbox"/> SAAQ  |   |                               |                                  |                               |   |                               |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Médecin  | <input type="checkbox"/> CSST  |   |                               |                                  |                               |   |                               |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute   | <input type="checkbox"/> IVAC  |   |                               |                                  |                               |   |                               |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute   | <input type="checkbox"/> Mécanicien et/ou MOP  |   |                               |                                  |                               |   |                               |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____   |  |   |                               |                                  |                               |   |                               |   |   |   |  |

|  |  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|---|--|
| <p><b>LES SERVICES DEMANDÉS</b></p> <p>Avez-vous la demande de consultation en physiothérapie du médecin de famille?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> À venir</p> | <p><b>LE CLIENT PEUT-IL SE DÉPLACER AU SAM (SERVICE D'AIDE À LA MOBILITÉ) ? (300 rue King Est, Sherbrooke)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oui</b></p> <p>(Nous communiquerons avec l'utilisateur pour un rendez-vous)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Non</b></p> <p>(Veuillez indiquer à quel endroit il peut se déplacer)</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHSLD Magog</td> <td><input type="checkbox"/> CLSC Magog</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Valcourt,</td> <td><input type="checkbox"/> Richmond</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Windsor</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coaticook</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asbestos</td> <td><input type="checkbox"/> Lambton</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lac Mégantic</td> <td><input type="checkbox"/> East-Angus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Weedon</td> <td><input type="checkbox"/> St-Vincent</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D'Youville</td> <td><input type="checkbox"/> St-Joseph</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Argyll</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Résidence privée</td> <td></td> </tr> </table> <p>Nom de la résidence : _____</p> | <input type="checkbox"/> CHSLD Magog | <input type="checkbox"/> CLSC Magog | <input type="checkbox"/> Valcourt, | <input type="checkbox"/> Richmond | <input type="checkbox"/> Windsor |  | <input type="checkbox"/> Coaticook |  | <input type="checkbox"/> Asbestos | <input type="checkbox"/> Lambton | <input type="checkbox"/> Lac Mégantic | <input type="checkbox"/> East-Angus | <input type="checkbox"/> Weedon | <input type="checkbox"/> St-Vincent | <input type="checkbox"/> D'Youville | <input type="checkbox"/> St-Joseph | <input type="checkbox"/> Argyll |  | <input type="checkbox"/> Résidence privée |  |
| <input type="checkbox"/> CHSLD Magog   | <input type="checkbox"/> CLSC Magog  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Valcourt,   | <input type="checkbox"/> Richmond  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Windsor   |  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Coaticook   |  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Asbestos  | <input type="checkbox"/> Lambton   |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Lac Mégantic  | <input type="checkbox"/> East-Angus  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Weedon  | <input type="checkbox"/> St-Vincent  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> D'Youville  | <input type="checkbox"/> St-Joseph   |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Argyll  |  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Résidence privée  |  |                                      |                                     |                                    |                                   |                                  |  |                                    |  |                                   |                                  |                                       |                                     |                                 |                                     |                                     |                                    |                                 |  |   |  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>Avec physiatre :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Modification</p> <p><b>Sans physiatre :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation</p> <p>Nom du prescripteur : _____</p> <p>N° permis : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Modification</p> <p><input type="checkbox"/> Réparation</p>  | <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><input type="checkbox"/> FR manuel</p> <p><input type="checkbox"/> FR motorisé</p> <p><input type="checkbox"/> Base roulante</p> <p><input type="checkbox"/> Aide technique à la posture</p> <p><input type="checkbox"/> Coussins</p> <p><input type="checkbox"/> Poussette</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse membre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse membre inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse plantaire</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la marche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse crânienne</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèse membre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèse membre inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) : _____</p> <p>Autres détails : _____</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><b>LE CLIENT POSSÈDE-T-IL UN APPAREIL DE LA RAMQ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b></p> <p>Si oui, précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoyez-vous une attribution d'un appareil ayant fait l'objet d'une valorisation? <b>Si oui</b> :</p> <p>De qui? : _____</p> <p>N° série : _____</p> </td> </tr> </table> | <p><input type="checkbox"/> FR manuel</p> <p><input type="checkbox"/> FR motorisé</p> <p><input type="checkbox"/> Base roulante</p> <p><input type="checkbox"/> Aide technique à la posture</p> <p><input type="checkbox"/> Coussins</p> <p><input type="checkbox"/> Poussette</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse membre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse membre inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse plantaire</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la marche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse crânienne</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèse membre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèse membre inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) : _____</p> <p>Autres détails : _____</p> | <p><b>LE CLIENT POSSÈDE-T-IL UN APPAREIL DE LA RAMQ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b></p> <p>Si oui, précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoyez-vous une attribution d'un appareil ayant fait l'objet d'une valorisation? <b>Si oui</b> :</p> <p>De qui? : _____</p> <p>N° série : _____</p> |
| <p><input type="checkbox"/> FR manuel</p> <p><input type="checkbox"/> FR motorisé</p> <p><input type="checkbox"/> Base roulante</p> <p><input type="checkbox"/> Aide technique à la posture</p> <p><input type="checkbox"/> Coussins</p> <p><input type="checkbox"/> Poussette</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse membre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse membre inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse plantaire</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la marche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques</p> <p><input type="checkbox"/> Orthèse crânienne</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèse membre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Prothèse membre inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) : _____</p> <p>Autres détails : _____</p> | <p><b>LE CLIENT POSSÈDE-T-IL UN APPAREIL DE LA RAMQ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b></p> <p>Si oui, précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoyez-vous une attribution d'un appareil ayant fait l'objet d'une valorisation? <b>Si oui</b> :</p> <p>De qui? : _____</p> <p>N° série : _____</p>   |   |   |

**PRÉCISEZ LA DEMANDE**  Je désire être présent(e) à l'évaluation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**\* Ces informations sont dorénavant obligatoires (nom et prénom de la mère et du père)**

Veuillez aviser la personne concernée de la présente demande avant son envoi au CRE.

Prière de joindre et d'adresser **TOUS LES RAPPORTS PERTINENTS** en relation avec cette demande au SAM :

- par courriel [rdvsam.cre@ssss.gouv.qc.ca](mailto:rdvsam.cre@ssss.gouv.qc.ca) OU
- par courrier : 300, rue King Est, bureau 200, Sherbrooke (Québec) J1G 1B1 OU
- par télécopieur 819 346-1433

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer au 819 346-8411, poste 43647

**Réservé au CRE**

Date de réception : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_