

La présente demande vise à appuyer une personne participant à l'un ou plusieurs des programmes suivants :

- Aide à l'emploi et au revenu Services aux enfants handicapés Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Services à la famille est autorisé à recueillir des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels en vertu de l'alinéa 36(1)b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP) et du paragraphe 13(1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP) respectivement, car ces renseignements sont indispensables et ont directement trait à l'administration des soutiens admissibles fournis dans le cadre des programmes susmentionnés ainsi qu'à l'acquisition et à la fourniture d'équipement et de matériel médicaux. Nous avons limité les renseignements personnels que nous recueillons à la quantité minimale nécessaire à ces fins. Vos renseignements personnels sont protégés en vertu des dispositions relatives à la protection de la vie privée de la LAIPVP et de la LRMP. Nous ne pouvons ni utiliser ni divulguer les renseignements vous concernant à d'autres fins, sauf avec un consentement de votre part ou si l'une des deux lois précitées nous y autorise. Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la LAIPVP au 114, rue Garry, 2^e étage, Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4 (tél. : 204 945-2013).

OBJECTIF DU PROGRAMME : Fournir de l'équipement et des fournitures médicaux de base et économiques pour répondre à des besoins médicaux essentiels.

- Le présent formulaire de demande d'éléments d'assise pour fauteuils roulants doit être rempli par un ergothérapeute ou un physiothérapeute.
- Si la présente demande fait suite à une demande d'éléments d'assise présentée au cours des six derniers mois, ne remplissez que les sections 1, 2, 8, et 9. Précisez la date à laquelle la demande initiale a été présentée : _____.
- Les formulaires incomplets seront retournés.
- Envoyez le formulaire dûment rempli et la proposition de prix du fournisseur autorisé retenu par télécopieur (204 945-1436), par courriel (disandhealthsupports@gov.mb.ca) ou par la poste à Services de soutien aux personnes malades ou handicapées – Services provinciaux, au 114, rue Garry, bureau 100, Winnipeg (Manitoba), R3C 4V4.
- Pour obtenir des renseignements, vous pouvez nous joindre au 204 945-4393 ou au 1 877 587-6224 (sans frais).
- Communiquez directement avec l'organisme chargé de la distribution du matériel par téléphone (204 945-8611 ou 1 877 632-7867) ou par courriel (e-order@gov.mb.ca) pour la réparation ou le remplacement de la même pièce ou du même élément.

SECTION 1 INFORMATION SUR LE CLIENT

NOM DE FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE		PRÉNOM	INITIALES DU DEUXIÈME PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	
ADRESSE DU DOMICILE		VILLE OU VILLAGE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE :	
ADRESSE POSTALE (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)		VILLE OU VILLAGE	CODE POSTAL	SEXE <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	NIP
PARENT/TUTEUR/OFFICE (le cas échéant)				NUMÉRO DU DOSSIER DE L'AIDE À L'EMPLOI ET AU REVENU (le cas échéant)	
TAILLE	POIDS	LE CLIENT REÇOIT-IL DES PRESTATIONS EN VERTU DE L'UN OU L'AUTRE DES PLANS DE SOINS DE SANTÉ PUBLICS OU PRIVÉS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
SI OUI, PRÉCISEZ : <input type="checkbox"/> DGSPNI <input type="checkbox"/> SAPM <input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> Croix-Bleue <input type="checkbox"/> SCIP <input type="checkbox"/> Autre					
LE CLIENT ATTEND-IL SON CONGÉ DE L'HÔPITAL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			DATE DU CONGÉ		DATE DE LA DEMANDE :

DGSPNI = Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; SAPM = Société d'assurance publique du Manitoba; CAT = Commission des accidents du travail; SCIP = Spinal Cord Injury Program (programme de traitement des lésions de la moelle épinière)

SECTION 2 AUTEUR DE L'ORDONNANCE (ERGOTHÉRAPEUTE/PHYSIOTHÉRAPEUTE AUTORISÉ À EXERCER AU MANITOBA)

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DÉSIGNATION ERGOTHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/> PHYSIOTHÉRAPEUTE	ORGANISME
ADRESSE	VILLE OU VILLAGE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE
NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	ADRESSE DE COURRIEL	SIGNATURE	

SECTION 3 DIAGNOSTIC/DESCRIPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

--

SECTION 4 CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT

SI LE CLIENT DISPOSE ACTUELLEMENT D'UN CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT, VEUILLEZ LE DÉCRIRE CI-DESSOUS.		
PROPRIÉTAIRE	TYPE, MODÈLE, CARACTÉRISTIQUES, DESCRIPTION	
<input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> DE TYPE POUSSETTE <input type="checkbox"/> AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> PAER <input type="checkbox"/> MANUEL <input type="checkbox"/> À BASCULE AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> CLIENT <input type="checkbox"/> À BASCULE MANUELLE <input type="checkbox"/> À INCLINAISON AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> À INCLINAISON MANUELLE <input type="checkbox"/> AVEC REPOSE-JAMBES ÉLÉVATEUR AUTOMATIQUE		
ÂGE DU CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT SI CONNU	LE CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT ACTUEL DOIT-IL ÊTRE REMPLACÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI LA RÉPONSE EST NON, ALLEZ À LA SECTION 5

SMD = Society for Manitobans with Disabilities Inc.; PAER = Programme d'aide à l'emploi et au revenu

SI LE CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT ACTUEL EST REMPLACÉ, VEUILLEZ DÉCRIRE LE NOUVEAU CHÂSSIS CI-DESSOUS.

TYPE, MODÈLE, CARACTÉRISTIQUES, DESCRIPTION		
<input type="checkbox"/> DE TYPE POUSSETTE <input type="checkbox"/> AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> MANUEL <input type="checkbox"/> À BASCULEMENT AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> À BASCULEMENT MANUEL <input type="checkbox"/> À INCLINAISON AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> À INCLINAISON MANUELLE <input type="checkbox"/> AVEC REPOSE-JAMBES ÉLÉVATEUR AUTOMATIQUE		
LE CLIENT NE DISPOSE PAS D'UN CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT, MAIS IL : <input type="checkbox"/> SOUMETTRA UNE DEMANDE À LA SMD <input type="checkbox"/> A PRÉSENTÉ UNE DEMANDE À LA SMD <input type="checkbox"/> AUTRE		
S'IL S'AGIT DU PREMIER CHÂSSIS DE FAUTEUIL ROULANT DU CLIENT, DÉCRIVEZ CE CHÂSSIS CI-DESSOUS :		
TYPE, MODÈLE, CARACTÉRISTIQUES, DESCRIPTION		
<input type="checkbox"/> DE TYPE POUSSETTE <input type="checkbox"/> AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> MANUEL <input type="checkbox"/> À BASCULE AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> À BASCULE MANUELLE <input type="checkbox"/> À INCLINAISON AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> À INCLINAISON MANUELLE <input type="checkbox"/> AVEC REPOSE-JAMBES ÉLÉVATEUR AUTOMATIQUE		

SECTION 5 ASSISE

SI LE CLIENT NE DISPOSE PAS ACTUELLEMENT D'UNE ASSISE, ALLEZ À LA SECTION 6.			
SI LE CLIENT DISPOSE DÉJÀ D'UNE ASSISE, DÉCRIVEZ LES ÉLÉMENTS DE L'ASSISE ACTUELLE CI-DESSOUS.			
ÉLÉMENT D'ASSISE	DOIT ÊTRE REMPLACÉ	SI OUI, DONNEZ LA OU LES RAISON(S) JUSTIFIANT LE REMPLACEMENT	ÂGE DE L'ÉLÉMENT SI CONNU
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

Nom du client _____

3/4 Avril 2017

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

SECTION 6 RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

MOBILITÉ FONCTIONNELLE ET TRANSFERTS

ÉQUILIBRE EN POSITION ASSISE	<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANT
DÉPLACEMENT DYNAMIQUE DU POIDS	<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANT
TRANSFERTS	<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANT
CONDUITE AUTOMATIQUE	<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANT
PROPULSION MANUELLE	<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANT
AMBULATION	<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> AVEC AIDE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANT <input type="checkbox"/> NE MARCHE PAS

DÉCRIVEZ LA POSTURE HABITUELLE ET L'AMPLITUDE DU MOUVEMENT, ETC.

BASSIN :

HANCHES :

COLONNE VERTÉBRALE :

TÊTE/COU :

GENOUX :

CHEVILLES/PIEDS :

INTÉGRITÉ DE LA PEAU

- PEAU INTACTE SANS ANTÉCÉDENT D'ESCARRE DE DÉCUBITUS
- PEAU INTACTE AVEC ANTÉCÉDENT D'ESCARRE DE DÉCUBITUS
- LA PERSONNE PRÉSENTE UNE ESCARRE DE DÉCUBITUS DE NIVEAU _____ SUR LE/LA/LES _____
- IL S'AGIT D'UNE NOUVELLE ESCARRE DE DÉCUBITUS. IL Y A DÉJÀ EU UNE ESCARRE DE DÉCUBITUS À CET ENDROIT.
- CONTINENCE INCONTINENCE : DE LA VESSIE DES INTESTINS RISQUE DE LÉSION DE LA PEAU : FAIBLE MODÉRÉ ÉLEVÉ

AUTRES COMMENTAIRES (LE CAS ÉCHÉANT) :

TOLÉRANCE ET CONFORT EN POSITION ASSISE

TOLÉRANCE À LA POSITION ASSISE	<input type="checkbox"/> FAIBLE	<input type="checkbox"/> MOYENNE	<input type="checkbox"/> ÉLEVÉE	AUTRES COMMENTAIRES (LE CAS ÉCHÉANT) :			
NIVEAU DE CONFORT	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
INCONFORT ÉLEVÉ			CONFORT ÉLEVÉ				

Nom du client _____

4/4 Avril 2017

SECTION 7 : RÉSULTATS VISÉS

--

SECTION 8 : ESSAI DU PRODUIT

PRODUIT MIS À L'ESSAI	ESSAI RÉUSSI?		SI OUI, DÉCRIVEZ LES RÉSULTATS
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	

SI L'ÉQUIPEMENT N'A PAS ÉTÉ MIS À L'ESSAI, PRÉCISEZ LA RAISON :

MARCHAND OU MARCHANDS AUTORISÉS RETENUS QUI A/ONT FOURNI LE MATÉRIEL MIS À L'ESSAI :

SECTION 9 : ORDONNANCE FINALE

QUANTITÉ	PRODUIT – MARQUE, MODÈLE, TAILLE, ETC.	<input type="checkbox"/> MODIFICATION SUR MESURE REQUISE Veuillez fournir une justification du besoin de la modification sur mesure.
INSTRUCTIONS POUR LA LIVRAISON		L'AUTEUR DE L'ORDONNANCE DOIT ÊTRE PRÉSENT AU MOMENT DE L'INSTALLATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON