



Coalition des services relatifs aux LCA de Champlain

Demande de services

Les renseignements suivants **doivent être fournis** (comme il est indiqué) pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande :

- ☐ Adresse, numéro de téléphone et courriel du patient
- ☐ Numéro de carte Santé du patient
- ☐ Diagnostic
- ☐ Date de la lésion ou de l'évènement
- ☐ Raison principale de la demande de services
- ☐ Destination de la demande de services (*seuls les services et programmes financés par les fonds publics sont indiqués*) †

- ☐ **IMPORTANT – Vous devez fournir les documents suivants :**
 - ⚙ Notes médicales confirmant le diagnostic de lésion cérébrale
 - ⚙ Rapport de l'évaluation neuropsychologique (s'il est terminé)
 - ⚙ Notes sur la consultation psychiatrique ou rapports sur la santé mentale (s'ils sont terminés)

- ☐ Le client a été avisé qu'il doit organiser son propre transport pour participer aux programmes et recevoir les services demandés, et pour le retour à domicile.
- ☐ Le client a donné son consentement à la soumission de la présente demande.

Veuillez renvoyer la demande dûment remplie en utilisant le bordereau de transmission ci-joint à :

Santé à domicile Ontario

À l'attention de Constance Coburn

4 200, rue Labelle, bureau 100

Ottawa (Ontario) K1J 1J8

613 745-5525, poste 5963

Bordereau de transmission par télécopieur

Destinataire :	Constance Coburn, intervenante-pivot pour le système de services aux personnes atteintes d'une LCA de Champlain
Organisme :	Santé à domicile Ontario
Numéro de téléc. :	613 745-6984 OU 1 855 450-8569
Date :	
Objet :	Demande de services relatifs à une LCA
Expéditeur :	
Nombre de pages (y compris la page couverture) :	
<u>Commentaires :</u>	

Vous DEVEZ inclure tous les rapports médicaux et de consultation pertinents sur la lésion cérébrale.
La demande de services sera retournée si ces rapports ne sont pas inclus.

Courriel du client : _____

Nom du client : _____ ☐ Homme ☐ Femme
nom de famille prénom(s)

N° de carte Santé : _____ Version : _____ Date de naissance : ____/____/____
le cas échéant Année mois jour

Diagnostic : _____

☐ Commotion cérébrale/TCCL

Date de la lésion : ____/____/____
année mois jour

Est-ce que la lésion ou l'événement est lié au travail? ☐ Oui

Lésion – type/nature :

☐ Accident de voiture

☐ Traumatique ou autre (*préciser*) _____

☐ Non traumatique (*préciser*) autre qu'un traumatisme(*préciser*)

Raison principale de la demande/buts : _____

Mesures de soutien ou services demandés :

☐ *Services communautaires ou d'approche ☐ Groupe d'adaptation ☐ Services résidentiels

☐ Programme de jour ☐ Programme de jour – ville d'Ottawa ☐ Groupe de soutien en gestion de la colère

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____

Code postal : _____

N° de téléphone principal : () _____

Autre n° de téléphone : () _____

Le client vit :

☐ Seul ☐ Avec d'autres personnes (*préciser*)

Logement : ☐ Sans abri ☐ À risque d'être sans abri
☐ Maison ☐ Immeuble d'habitation ☐ Logement avec soutien
☐ Soins résidentiels ☐ Autre _____

Autre personne-ressource et n° de téléphone : _____

Lien avec le patient : Mandataire spécial ☐ Procureur ☐
Conjoint(e) ☐

Autre :

État civil : _____

Registre régional de colocataires pour les personnes atteintes de LCA de Champlain

Veuillez cocher la case ci-dessous si vous voulez que votre nom soit ajouté au registre régional de colocataires pour les personnes atteintes de LCA de Champlain. En cochant cette case, vous consentez à ce que vos renseignements généraux soient communiqués à d'autres personnes qui cherchent un colocataire et vous pourrez consulter le registre. Votre nom et vos coordonnées resteront anonymes jusqu'à ce que vous ou une autre personne trouviez un colocataire et acceptiez d'établir le contact avec cette personne. En tout temps, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de la liste en communiquant avec votre intervenant-pivot.



Oui, je consens à ce que mes renseignements généraux soient inclus dans le registre de colocataires.

Nom du client : _____ N° de carte Santé : _____ CV : _____

Médecin de famille : _____

Tél. : _____

Adresse : _____

Téléc. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Source du renvoi :

Tél. : _____

Nom/poste de la personne-ressource : _____

Téléc./courriel : _____

Organisme _____

Le client est présentement : ☐ À la maison ☐ Ailleurs (préciser) : _____

Si le client est à l'hôpital, veuillez indiquer : Date d'admission : _____ Date de congé prévue : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux pertinents : _____

Antécédents de LCA : ☐ Oui ☐ Non Description : _____

Antécédents de toxicomanie avant la lésion : ☐ Oui ☐ Non ☐ Information non disponible État à l'admission : _____

Problèmes de toxicomanie à l'heure actuelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Traitement recommandé pour la toxicomanie : ☐ Oui ☐ Non

Antécédents de problèmes psychiatriques : ☐ Oui ☐ Non

Description : _____

État psychiatrique actuel : _____

Allergies : _____

Crises d'épilepsie : ☐ Oui ☐ Non _____ Dates : _____

Description : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES ☐ NOTES DE CONSULTATION CI-JOINTES

ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENTS, Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS

Programme/Établissement/Médecin/Thérapies	Dates (année/mois/jour)	Nom et coordonnées de la personne-ressource

TRANSPORT : (À noter : Aucun moyen de transport n'est offert pour la plupart des programmes.)

Le client voyagera : ☐ De façon indépendante ☐ Avec de l'aide

Transport adapté : ☐ Oui ☐ Non N° de transport adapté : _____

Langues parlées : _____ Interprète requis : ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS :

Source :

☐ CSPAAAT ☐ RPC ☐ Assurance-auto ☐ Ontario au travail ☐ POSPH ☐ AE ☐ SV ☐ ICD ☐ ILD

☐ Autre _____

Statut (initiation, soumission et approbation des demandes) : _____

Nom du client : _____ N° de carte Santé _____ CV : _

Démêlés antérieurs ou actuels avec le système judiciaire?

☐ Oui ☐ Non

Détails : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES CAPACITÉ FONCTIONNELLES

Dans la mesure du possible, veuillez indiquer le niveau d'aide nécessaire dans une journée: (p. ex. 2 heures pour le bain, la toilette et les soins personnels).

BESOINS PERSONNELS	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Manger/boire :	☐	☐	Risque(s) relevé(s) :	☐ Ergothérapeute
Habillage :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Bain :	☐	☐		☐ Travailleur social
Toilette (y compris incontinence):	☐	☐		☐ Orthophoniste
Soins personnels :	☐	☐		☐ Médecin
Parésie/paralysie :	☐	☐		☐ Infirmière
Gestion des médicaments	☐	☐		☐ Autre
Douleur/maux de tête :	☐	☐		
Fatigue :	☐	☐		
Perturbations du sommeil :	☐	☐		
MOBILITÉ :	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Marche :	☐	☐	Risque(s) relevé(s) :	☐ Ergothérapeute
Fauteuil roulant :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Transfert:	☐	☐		☐ Travailleur social
Mobilité à l'extérieur	☐	☐		☐ Orthophoniste
Chutes/antécédents de chutes	☐	☐		☐ Médecin
Énergie	☐	☐		☐ Infirmière
Équilibre/étourdissements	☐	☐		☐ Autre
BESOINS INSTRUMENTAUX	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Préparation de repas :	☐	☐	Risque(s) relevé(s) :	☐ Ergothérapeute
Entretien ménager :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Magasinage :	☐	☐		☐ Travailleur social
Gestion des finances :	☐	☐		☐ Orthophoniste
				☐ Médecin
				☐ Infirmière
				☐ Autre
Mauvais traitements à domicile/ Comportement à risque au domicile	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Adaptation au changement :	☐	☐	Risque(s) relevé(s) :	☐ Ergothérapeute
Contrôle des impulsions :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Travailleur social **Orthophoniste	☐	☐		☐ Travailleur social
Trouble de pensée :	☐	☐		☐ Orthophoniste
Errance :	☐	☐		☐ Médecin
Agressivité :	☐	☐		☐ Infirmière
Comportement sexuel inapproprié :	☐	☐		☐ Autre
Risque de suicide :	☐	☐		
Agitation :	☐	☐		
Se met en colère facilement :	☐	☐		
Tolérance à la frustration	☐	☐		
COMMUNICATION:	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Ouïe :	☐	☐	Risque(s) relevé(s) :	☐ Ergothérapeute
Vue	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Langue, compréhension :	☐	☐		☐ Travailleur social
Langue, expression :	☐	☐		☐ Orthophoniste
Pragmatique/conversation :	☐	☐		☐ Médecin
Déglutition :	☐	☐		☐ Infirmière
Texture recommandée pour la nourriture coupée en morceaux faciles à mâcher avec de la viande ou des salades hachées et humectées				☐ Autre
ÉTAT COGNITIF :	PAS TESTÉ	Aucune ou légère déficience cognitive	Trouble auditif modéré	Rempli par :
Orientation :	☐	☐	Risque(s) relevé(s) :	☐ Ergothérapeute
Motivation/initiation :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Jugement :	☐	☐		☐ Travailleur social
Mémoire (court terme) :	☐	☐		☐ Orthophoniste
Mémoire (long terme) :	☐	☐		☐ Médecin
Attention :	☐	☐		☐ Infirmière
Capacité de suivre des directives :	☐	☐		☐ Autre
Perspicacité :	☐	☐		
Perception :	☐	☐		

J'atteste que, pour autant que je sache, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Signature : _____ Date : _____
(Demandeur/mandataire spécial) (AAAA/MM/JJ)