



Influencing excellence in services and support for persons living with the effects of an acquired brain injury

Coalition des services relatifs aux lésions cérébrales acquises de Champlain

Demande de services

Vous **devez fournir** les renseignements suivants (tel qu'indiqué) pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande :

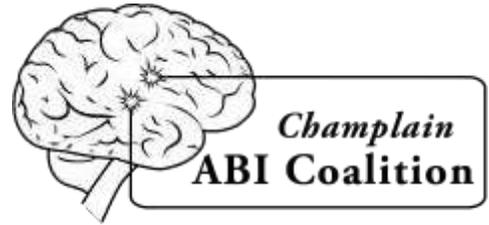
- Adresse, numéro de téléphone et courriel du ou de la patient.e
- Numéro de carte Santé du ou de la patient.e
- Diagnostic
- Date de la lésion ou de l'événement
- Raison principale de la demande de services
- Destination de la demande de services (**Seuls les services et programmes financés par les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

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

- Le ou la patient.e a été avisé.e qu'il ou elle doit organiser un moyen de transport pour participer aux programmes et recevoir les services demandés.
- Le ou la patient.e a donné son consentement à la soumission de la présente demande.

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

Santé à domicile Ontario
À l'attention de Constance Coburn
Navigatrice du système de services aux personnes touchées par une lésion cérébrale acquise de Champlain
4 200, rue Labelle, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1J 1J8
613 745-5525, poste 5963



Influencing excellence in services and support for persons living with the effects of an acquired brain injury

Bordereau de transmission par fax

Destinataire	Constance Coburn, navigatrice du système de services aux personnes touchées par une lésion cérébrale acquise de Champlain
Organisme	Santé à domicile Ontario
Numéro de fax	613 745-6984 OU 1 855 450-8569
Date	
Objet	Demande de services relatifs à une lésion cérébrale acquise
Expéditeur ou expéditrice	
Nombre de pages (y compris le bordereau)	

Commentaires :

Les renseignements contenus dans le présent document sont privés et confidentiels, s'adressant uniquement aux destinataires nommés. Si vous les avez reçus par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les renseignements de façon sécuritaire, jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Évitez de copier les renseignements et de les divulguer à toute autre personne.

Nom du ou de la patient.e : _____ N° de carte Santé : _____ Code de version : _____

Médecin de famille : _____ Téléphone : () _____
Adresse : _____ Fax : _____
Ville : _____ Code postal : _____

Source de la demande : _____ Téléphone : () _____
Nom et poste de la personne à contacter : _____ Téléavertisseur ou courriel : _____
Organisme : _____

Le ou la patient.e est présentement : à la maison ailleurs (précisez) : _____
Si le ou la patient.e est à l'hôpital, veuillez indiquer : Date d'admission : _____ Date de congé prévue : _____

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 EN PIÈCE JOINTE

ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENTS, Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS

Programme, établissement, médecin ou thérapies	Dates (jour/mois/année)	Nom et coordonnées de la personne à contacter

TRANSPORT : (Veuillez noter qu'aucun moyen de transport n'est offert pour la plupart des programmes.) Le ou la patient.e se déplacera : 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 Programme Ontario au travail POSPH* AE* SV* ICD* ILD*
 Autre _____

Statut (initiation, date de soumission et approbation de la demande) : _____

Avez-vous un mandataire spécial ou un titulaire de procuration? Si oui, précisez. _____

Numéro de téléphone du mandataire spécial ou du titulaire de procuration : _____

* CSPAAAT : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, RPC : Régime de pensions du Canada, POSPH : Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, AE : assurance-emploi, SV : Sécurité de la vieillesse, ICD : invalidité de courte durée, ILD : invalidité de longue durée

Démêlés antérieurs ou actuels avec le système judiciaire? Oui Non

Détails : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

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

BESOINS PERSONNELS	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Manger ou boire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Habillement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Bain :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Toilette (y compris l'incontinence) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Soins personnels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Parésie ou paralysie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Gestion des médicaments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Douleur ou maux de tête :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatigue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perturbations du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MOBILITE	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Transfert :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Mobilité à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Chutes ou antécédents de chutes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Energie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Équilibre ou étourdissements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

BESOINS INSTRUMENTAUX	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Préparation de repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Entretien ménager :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Magasinage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Gestion des finances :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
				<input type="checkbox"/> Autre

TROUBLES DU COMPORTEMENT	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Adaptation au changement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Contrôle des impulsions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trouble de l'humeur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trouble de pensée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Errance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Agressivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Comportement sexuel inapproprié :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Risque de suicide, idéation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Agitation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Se met en colère facilement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tolérance à la frustration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

COMMUNICATION	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Ouïe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Vue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Langue, compréhension :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Langue, expression :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Pragmatique, conversation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Capacité à avaler :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
<i>(Précisez le régime alimentaire et la texture de la nourriture.)</i>				<input type="checkbox"/> Autre

ÉTAT COGNITIF	Non évalué	Aucune déficience	Déficience	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Orientation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Motivation ou initiative :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Jugement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Mémoire (court terme) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Mémoire (long terme) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Attention :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Capacité de suivre des directives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perspicacité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perception :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Signature : _____
(Demandeur ou mandataire spécial)

Date : _____
(JJ/MM/AAAA)

Nom du ou de la patient.e : _____ N° de carte Santé : _____ Code de version : _____

Veillez décrire une journée habituelle depuis l'accident.

Quelles sont les activités auxquelles vous aimez participer?

Quelles sont les activités que vous trouvez difficiles à accomplir?

Avez-vous des croyances spirituelles qui vous aident à mieux gérer le stress? Faites-vous partie d'une communauté religieuse et spirituelle?

Énumérez quelques objectifs que vous aimeriez atteindre.

Y a-t-il des facteurs qui déclenchent de manière continue votre colère ou frustration?

Quelles activités vous permettent de vous calmer, lorsque vous êtes bouleversé.e, en colère ou en détresse?

Quels jours de la semaine vous conviennent le mieux pour participer aux programmes?