

Coalition
des services
relatifs aux LCA
de Champlain

*Pour l'excellence des services et du soutien pour les personnes
vivant avec les effets d'une lésion cérébrale acquise*

Coalition des services relatifs aux LCA de Champlain

Demande de services

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

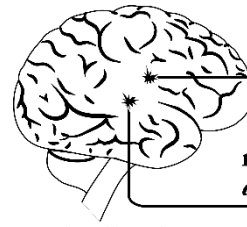
- Adresse, numéro de téléphone et courriel du patient
- Numéro de carte Santé du patient
- Diagnostic
- Date de la lésion ou de l'évènement
- Raison principale de la demande de services
- Destination du renvoi (*seuls les services/programmes financés par les fonds publics sont indiqués*) †

- 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 est responsable d'organiser son propre transport pour accéder aux programmes et services demandés, et pour le retour à domicile.
- Le client a donné son consentement à la soumission de la présente demande.

Veillez renvoyer la demande dûment remplie en utilisant le bordereau de transmission au :

RLISS de Champlain
À l'attention de Suzanne McKenna
**Navigatrice du système de services aux personnes touchées par une lésion cérébrale
acquise de Champlain**
4200, rue Labelle, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1J 1J8
613 745-5525, poste 5963



**Coalition
des services
relatifs aux LCA
de Champlain**

*Pour l'excellence des services et du soutien pour les personnes
vivant avec les effets d'une lésion cérébrale acquise*

Télécopie

Destinataire	Suzanne McKenna, navigatrice du système de services aux personnes touchées par une lésion cérébrale acquise de Champlain
Organisme	RLISS de Champlain
Numéro de télécopieur	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)	

Commentaires :

L'information contenue dans la présente communication est privée, confidentielle et réservée au(x) destinataire(s) nommé(s). Si vous l'avez reçue par erreur, veuillez le signaler immédiatement à l'expéditeur et garder l'information en sécurité jusqu'à ce que celui-ci vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas l'information, et ne la révélez pas à une autre personne.

**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 : _____ Masculin Féminin
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 ou de l'évènement : _____ / _____ / _____
année mois jour La lésion ou l'évènement est-il lié au travail? Oui
Nature/type de lésion/d'évènement : accident de véhicule
 traumatisme-autre (préciser) _____
 autre qu'un traumatisme (préciser) _____

Raison principale de la demande /Objectif(s) : _____
Mesures de soutien ou services demandés :
 Services communautaires ou d'approche Groupe d'adaptation Services résidentiels
 Programme de jour Groupe de gestion de la colère

Adresse à domicile : _____ Ville : _____ Code postal : _____ N° de téléphone principal : () _____ Autre n° de téléphone : () _____	Conditions de vie à domicile : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec quelqu'un (préciser) _____ Logement : <input type="checkbox"/> Sans-abri <input type="checkbox"/> À risque d'être sans-abri <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Immeuble d'habitation <input type="checkbox"/> Logement avec soutien <input type="checkbox"/> Soins résidentiels <input type="checkbox"/> Autre _____ Autre personne-ressource et n° de téléphone : _____ Lien au patient : Mandataire spécial <input type="checkbox"/> Procureur <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Autre : _____ État civil : _____
--	--

Nom du client : _____ N° de carte Santé : _____ Code de version : _____

Médecin de famille : _____	Téléphone : () _____
Adresse : _____	Télécopieur : () _____
Ville : _____ Code postal : _____	
Source de renvoi : Nom et poste de la personne-ressource : _____	Téléphone : () _____
Organisme : _____	Téléavertisseur/courriel : () _____
Le client est actuellement : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Autre (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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible État à l'admission : _____
Problèmes de toxicomanie à l'heure actuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Traitement recommandé pour la toxicomanie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Antécédents de problèmes psychiatriques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Description : _____
État psychiatrique actuel : _____
Allergies
Crises d'épilepsie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates : _____ Description : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES NOTES DE CONSULTATION CI-JOINTES

TRAITEMENTS PRÉCÉDENTS, Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS		
Programme/Établissement/Médecin/Thérapies	Dates concernées (année/mois/jour)	Nom et n° de tél. de la personne-ressource

TRANSPORT : (Veuillez noter : Aucune ressource de transport n'est disponible pour la plupart des programmes)

Le client se déplacera : De façon indépendante Avec assistance

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

Langues parlées : _____ **Interprète nécessaire :** Oui Non

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS :
Source :
<input type="checkbox"/> CSPAAT <input type="checkbox"/> RPC <input type="checkbox"/> Assurance auto <input type="checkbox"/> Ontario au travail <input type="checkbox"/> POSPH <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> ILD
<input type="checkbox"/> Autre _____
État (demande initiée, date de soumission, approuvée) : _____

Démêlés antérieurs ou actuels avec le système judiciaire? Oui Non

Détails : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Le cas échéant, veuillez indiquer le niveau d'assistance nécessaire dans une journée : (p. ex. 2 heures pour le bain, la toilette et les soins personnels)

BESOINS PERSONNELS :	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :
Manger/boire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rempli par : <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Médecin
Habillement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bain :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette (y compris la continence) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soins personnels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parésie/paralyse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion des médicaments :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleur/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"/>	

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

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

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

COMMUNICATION :	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :
Ouïe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rempli par : <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Médecin
Vue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue, compréhension :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langue, expression :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pragmatique/conversation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déglutition :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> (précisez le régime alimentaire, texture des aliments)	

ÉTAT COGNITIF :	PAS TESTÉ	INTACT	DIMINUÉ	Commentaires ou autres problèmes :
Orientation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rempli par : <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Orthophoniste
Motivation/initiation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jugement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mémoire (court terme) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mémoire (long terme) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attention :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 : _____ Date : _____