**Langue de correspondance**

**Français** [ ]  **Anglais** [ ]

## DEMANDE D’ADMISSION OU MODIFICATION POUR LE PROGRAMME FOURNITURES D’ÉLIMINATION

**NOUVELLE DEMANDE** [ ]  **MOFIFICATION** [ ]

1. IDENTIFICATION DE L’USAGER (svp, écrire en lettres moulées) :

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| NOM À LA NAISSANCE | PRÉNOm |
| NUMÉRO D’ASSURANCE MALADIE :  |       |

**2. ADRESSE PERMANENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO :**       | **RUE :**       | **APP :**       |
| **VILLE :**       | **CODE POSTAL :**       |
| **TÉL RÉSIDENCE : (**     **)**     -      | **TÉL TRAVAIL : (     )     -** | **CELL : (     )     -** |
| **COURRIEL :**       |

**3. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT S’IL Y A LIEU :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| **NOM** |  | **PRÉNOM** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIEN AVEC L’USAGER :** | **PÈRE** [ ]  | **MÈRE** [ ]  | **FILS** [ ]  | **FILLE** [ ]  | **AUTRE** [ ]  **(précisez) :**      |

**4. TYPE DE RÉSIDENCE (Les usagers habitant en CHSLD et en RI ne sont pas admissibles)**

**MAISON/APT/CONDO** [ ]  **HLM** [ ]  **Résidence pers. âgées** [ ]  **R.I/CHSLD** [ ]  **AUTRES** [ ]  **(précisez) :**

**5. LIVRAISON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO :**       | **RUE :**       | **APP :**       |
| **VILLE :**       | **CODE POSTAL :**       |
| **AUTRE INFO :**       |

**ADRESSE DE LIVRAISON SI DIFFÉRENTE DE L’ADRESSE PRINCIPALE (sur l’Île de Montréal seulement)**

**SVP PRÉCISEZ SI l’USAGER A DES CONTRAINTES POUR LES JOURS OU DATES DE LIVRAISON (4 livraisons par année, du lundi au vendredi de 8h à 17h)**

|  |
| --- |
|       |

**UNE CONFIRMATION DE LA LIVRAISON SERA FAITE PAR LE FOURNISSEUR, QUELQUES JOURS À L’AVANCE. PAR QUEL MOYEN DE COMMUNICATION VOULEZ-VOUS ÊTRE AVISÉ? *SVP INSCRIRE UNIQUEMENT LES COORDONNÉES À UTILISER.***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **TÉLÉPHONE: (**     **)**     -      | [ ]  **COURRIEL :**       |

**6. ADMISSIBILITÉ ET PORTRAIT GLOBAL DE L’USAGER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Profil d’intervention :** |       |
| **Diagnostic principal lié à l’incontinence et date d’apparition de ce Dx :** |       |
| **Date d’apparition de l’incontinence :** |       |
| **Autres conditions associées :** |       |

**Degré de sévérité de l’incontinence pour chaque fonction d’élimination :**

**Vésicale : aucune** [ ]  **occasionnelle** [ ]  **fréquente** [ ]  **totale** [ ]

**Intestinale : aucune** [ ]  **occasionnelle** [ ]  **fréquente** [ ]  **totale** [ ]

**L’USAGER PRÉSENTE-T-IL UN RISQUE DE PLAIE DE PRESSION ? OUI** [ ]  **NON** [ ]

**L’USAGER A-T-IL DÉJÀ EU UNE PLAIE DE PRESSION ? OUI** [ ]  **NON** [ ]

7. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE : (OBLIGATOIRE)

|  |
| --- |
|       |

8. JUSTIFICATION POUR LE MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE INSCRITS SUR LA LISTE DE FOURNITURES (pour les produits hors entente d’achats compléter l’annexe : fournitures hors entente)

|  |
| --- |
|       |

**L’USAGER PRÉSENTE-T-IL DES INCAPACITÉS PERSISTANTES ET SIGNIFICATIVES ? Oui** [ ] **Non**[ ]

*(Pour être admissible au programme, l’usager doit utiliser au minimum 1 culotte par jour)*

**Pour les enfants, un entraînement intensif de 6 à 12 mois à la propreté a-t-il été réalisé sans succès?** **Oui** [ ]  **Non**[ ]

**LES FOURNITURES REQUISES PEUVENT-ELLES ÊTRE FINANCÉES EN TOUT OU EN PARTIE PAR UN AUTRE ORGANISME? NON** [ ]  **OUI** [ ]  **(*si oui, lequel*)**

**RÉPONSE OBLIGATOIRE**

**SAAQ** [ ]  **ASSURANCES**[ ]  **CSST** [ ]  **IVAC** [ ]

**RAMQ** [ ]  **SÉCURITÉ DU REVENU (****aide sociale)** [ ]  **AUTRES :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indiquez le montant octroyé par cet organisme:** |       **$** | **par année ou** |    | **% admissible** |

**9. IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU DE LA RÉADAPTATION**

**J’atteste que (nom de l’usager) présente des incapacités significatives et persistantes, qu’il n’est pas admissible à un financement autre que celui déclaré ci-dessus (s’il y a lieu) et qu’il requiert les fournitures décrites pour parfaire, développer et soutenir son autonomie.**

**J’atteste que ce programme a été expliqué à : (peut inclure l’usager ou d’autres personnes en sa présence)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| M [ ]  MmE [ ]   |       |       |       |
|  | NOM(lettre moulées) | prénom(lettre moulées) | fonction |
| NOM DE L’ÉTABLISSEMENT (précisez votre CLSC) :       |
| **TÉLÉPHONE : (**     **)**     -      | **POSTE :** | **COURRIEL :**       |
|  |      /      /      |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL | DATEJOUR / MOIS/ ANNÉE |

**SECTION RÉSERVÉE POUR LES NOUVELLES ADMISSIONS SEULEMENT**

**A - SIGNATURE DE L’USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT (REQUISE LORS D’UNE DEMANDE D’ADMISSION) :**

**Je soussigné, en tant que nouveau bénéficiaire du programme, consens à respecter les règles de ce programme.**

**Signature:**

**B – GRILLE DE PRIORISATION SOUTENANT LA GESTION DES PRIORITÉS ET DE L’ATTENTE (À compléter par l’intervenant, entourer le chiffre correspondant dans chaque colonne)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Risques résultant de l’attente** | **Cote** | **Catégorie de besoins** | **Cote** |
| Maintien ou retour à domicile compromis sans subvention.*Diagnostic entraînant une**détérioration rapide de la condition (ex. : sclérose latérale amyotrophique)* | 4[ ]  | Cathétérisme intermittent propreouSonde à demeure ouVidange intestinale ouTrachéostomie | 4[ ]  |
| Risque de complication s’il y a attente *(ex. : plaie)**Risque lié à la présence d’une double incontinence* | 3[ ]  | Condom urinaire mâle | 3[ ]  |
| Risque de limiter la participation sociale*Fréquence élevée des soins requis (Plus de 3 fois par jour)* | 2[ ]  | Culotte d’incontinence seulement | 2[ ]  |
| Aucun facteur de risque | 1[ ]  |   |  |
|

|  |
| --- |
| **Note : Un seul choix par catégorie** |

 |

**N.B. L’ÉTUDE DE LA DEMANDE SERA FAITE EN FONCTION DES CRITÈRES D’ADMISSIBILITÉ DU GUIDE DE GESTION DU PROGRAMME D’AIDE MATÉRIELLE POUR LES FONCTIONS D’ÉLIMINATION**