**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 | | | | | DATE  JOUR / 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 propre  ou  Sonde à demeure ou  Vidange intestinale ou  Trachéostomie | 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**