



www.bouclier.qc.ca

### DEMANDE TRANSMISE À :

Programme Accueil-Évaluation-Orientation  
CRDP Le Bouclier  
225, rue Du Palais  
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 1X7  
Téléphone : 1 877 656-9898  
Télécopieur : 450 560-9814

- Programme de réadaptation  
 Évaluation conduite auto/  
Adaptation véhicule  
 PASCO  
 Ressources résidentielles

### DE LA PART DE :

Nom : \_\_\_\_\_  
Titre : \_\_\_\_\_  
Programme : \_\_\_\_\_  
Établissement : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Télécopieur : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom, prénom à la naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° Assurance \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Maladie : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
Nom conjoint(e) : \_\_\_\_\_ Tél. travail ou cell. : \_\_\_\_\_  
Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
Tél. travail : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_  
Langue parlée : Français  Anglais  Autres : \_\_\_\_\_ Mode de communication : Téléphone  ATS   
L'Usager consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS

Diagnostic ou conclusion professionnelle :

Problèmes ou facteurs menant à la demande :

Évaluation(s) ou suivi(s) antérieur(s) (identifier les disciplines et la période) :

Suivi actuel (identifier les disciplines) :

Référence vers un autre organisme ou établissement (s'il y a lieu) :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Médecin consultant : \_\_\_\_\_

### GARDE LÉGALE

Nom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**AUTRE MILIEU DE VIE IMPORTANT À CONNAÎTRE**

RTF (Résidence de type familial)       RI (Ressource intermédiaire)       Autre, spécifiez :

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du répondant : \_\_\_\_\_

**DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE**

Intervenant impliqué au dossier : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**RÉGIME DE PROTECTION CURATELLE**

Privé    Nom répondant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Public    Nom répondant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**NUMÉRO D'INDEMNISATION**

SAAQ : \_\_\_\_\_  IVAC : \_\_\_\_\_  CSST : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_ Agent d'indemnisation : \_\_\_\_\_

**RÉSEAU DE LA SANTÉ**

CLSC d'appartenance de l'Usager : \_\_\_\_\_

Intervenant pivot s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES***Incapacités concernant :*

- La mobilité
- La communication
- Les activités de la vie quotidienne (AVQ)
- Les tâches domestiques (AVD)

*Problèmes de santé :*

- Aggravant les incapacités ou la situation
- Devant être résolu par des soins à court terme

*Éléments de vulnérabilité ou de danger :*

- Âge avancé
- Exploitation
- Deuil ou perte
- Faibles conditions socioéconomiques
- Risque de suicide
- Violence
- Abus
- Autre : \_\_\_\_\_

Raisons : \_\_\_\_\_

*Problèmes connus :*

- Surconsommation de médicaments
- Toxicomanie
- Alcoolisme
- Allergies sévères, précisez : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

*Situation psychosociale :*

- Isolement – insécurité
- Absence de ressources communautaires ou publiques
- Soutien naturel faible ou inexistant
- Aidant tendu – fatigué – épuisé
- Autre : \_\_\_\_\_

*Capacité de l'Usager à rester seul :*

- Oui
- Non

Documents inclus : \_\_\_\_\_

Nom du référent \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_