



(Espace réservé à l'usage du Bouclier)

Date de la demande : _____ N° de dossier : _____
Code de déficience ou activité MGF : _____ Code diagnostic : _____
Point de services : _____ N° de programme : _____
Programme : _____

www.bouclier.qc.ca

INFORMATIONS TRANSMISES À :

Nom : _____
Titre : _____
Programme : _____
Établissement : _____

SOURCE DE RÉFÉRENCE (DE LA PART DE) :

Nom : _____
Profession : _____
Établissement ou Programme : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Signature : _____

CRDP Le Bouclier
Programme Accueil-Évaluation-Orientation (AEO)
225, rue du Palais, Saint-Jérôme (Qc) J7Z 1X7
Téléphone : 1 877 656-9898, poste 359
Télécopieur : 450 560-9814

IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : F M
N° RAMQ : _____ Date d'expiration : _____
N° de dossier Bouclier : _____ Votre N° de dossier : _____
Occupation du client : _____
Scolarité : Primaire Secondaire Collégial Universitaire Autre : _____
Adresse : _____
Milieu de vie : Famille naturelle Famille d'accueil Père Mère Autre : * _____
*Nom de la ressource d'hébergement, s'il y a lieu : _____
Adresse : _____
N° Rue App. Ville Code postal
Inf. complémentaire : _____
Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____
Autre téléphone : _____ Langue parlée : _____
Courriel : _____
N° de permis de conduire : [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] - [] [] Exp. : _____
Le requérant conduit-il présentement : Oui Non Nouveau conducteur : Oui Non

COORDONNÉES DE LA FAMILLE

Père Nom : _____ Prénom : _____
 Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____

Mère Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____
 Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____

Conjoint(e) Nom : _____ Prénom : _____
 Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE

- Évaluation de la conduite automobile :** Transmission automatique Transmission manuelle
- Adaptation de véhicule :** Conducteur Passager
- Entraînement / désensibilisation avec le moniteur de conduite**

INDEMNISATION PAR UN PROGRAMME

Indemnisation par un programme ? Oui Non N° de dossier : _____

SAAQ (accidenté de la route) CSST (accidenté du travail) IVAC (victime d'acte criminel)

Nom du conseiller : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____
 N° Rue App. Ville Code postal

DOCUMENTS REQUIS

Joindre à la présente demande les formulaires suivants dûment complétés :

- Évaluation de la conduite : Rapport d'examen médical par un médecin omnipraticien (M-28 de la SAAQ);
 Rapport d'examen visuel par un ophtalmologiste ou optométriste (M-5 de la SAAQ);
 Rapport d'évaluation neuropsychologique pour la clientèle T.C.C.;
 Résultats des tests en salle pertinents pour l'évaluation de la conduite, si faits.
- Adaptation de véhicule : Attestation médicale du diagnostic.

S.V.P. Joindre un résumé de dossier ou autres documents pertinents (lorsque disponible).

IDENTIFICATION DES PRIORITÉS

L'évaluation doit-elle être priorisée? Oui Non

Si OUI, pour quelles raisons ? (précisez) : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Diagnostic principal (si T.C.C, joindre un rapport neuropsychologique lorsque disponible) : _____

Date de l'accident et/ou début de la maladie : _____

Conditions associée(s) (ex. : déficiences cognitives, perceptuelles, motrices. Lorsque disponible, joindre un rapport en ergothérapie/physiothérapie) : _____

Capacités / incapacités du client en lien avec la conduite automobile et l'accès au véhicule : _____

Médicaments : _____

INFORMATIONS RELATIVES AUX AIDES À LA MOBILITÉ

Le requérant peut-il marcher sur de courtes distances sans l'aide d'une personne? Oui Non

Si OUI, une aide technique à la marche est-elle requise? (ex. : canne, marchette...) _____

Un fauteuil roulant est-il utilisé pour les déplacements? Oui Non

Si OUI, quel fauteuil est utilisé? Fauteuil roulant manuel Modèle : _____

Fauteuil roulant motorisé Modèle : _____

Triporteur/quadriporteur Modèle : _____

Le requérant peut-il se transférer seul du fauteuil roulant au siège conducteur/passager? Oui Non

Si NON, quels moyens sont utilisés? Planche de transfert Aide d'une personne Demeure assis dans son fauteuil motorisé

Le requérant peut-il placer seul le fauteuil roulant dans le véhicule?

Oui À quel endroit? _____

Non Qui le fait présentement? _____

Si un fauteuil roulant motorisé est utilisé, doit-il être transporté lors des déplacements? Oui Non

Est-ce qu'une demande d'aide financière pour l'adaptation d'un véhicule a été faite auprès de la SAAQ? Oui Non

Quand? _____

Le véhicule devra-t-il être adapté? Oui Non

Type de véhicule Transmission automatique Transmission manuelle

Automobile modèle _____ Année : _____

Camionnette modèle _____ Année : _____

Autres besoins (Spécifiez): _____

Le client compte-t-il garder le véhicule pour les 5 prochaines années? Oui Non

Si NON, quel autre véhicule est envisagé? _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Par la présente, je _____ donne mon plein consentement à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), mon médecin traitant (nom du médecin) _____ et à la source de référence d'acheminer au CRDP Le Bouclier et/ou au CR Constance-Lethbridge (s'il y a lieu) tous les renseignements nécessaires à mon évaluation de conduite automobile et/ou adaptation de véhicule et d'échanger entre eux les informations pertinentes pour assurer la qualité des services qui me sont offerts.

Signature du client : _____ Date : _____

L'original des formulaires médicaux M-5, M-28 et M-14 (si requis) doit être envoyé à la SAAQ.

Assurez-vous que toutes les sections sont bien complétées sinon le formulaire sera retourné au requérant.