



**RÉASSIGNATION D'ÉQUIPEMENTS**

**IDENTIFICATION DU CLIENT**

NOM – PRÉNOM : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL :

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NO ASS. MALADIE :              
DATE D'EXPIRATION : \_\_\_\_\_

SI PERSONNE INAPTE NOM DU RÉPONDANT : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

TYPE DE RÉSIDENCE :  DOMICILE  RTF  RI  RAC  CHSLD

AUTRE : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_

CLIENT CONNU DU PAM  OUI  NON SI NON – COMPLÉTER LE FORMULAIRE « DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ »

PRIORISATION **URGENT**  DANGER IMMÉDIAT POUR LA PERSONNE ET SES AIDANTS  AUCUN ÉQUIPEMENT PRÊTÉ PENDANT L'ATTENTE **NON URGENT**  AUCUN DANGER IMMÉDIAT  ÉQUIPEMENT PRÊTÉ PENDANT L'ATTENTE

LIMITATIONS FONCTIONNELLES	ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS

Je m'engage à remplir mes responsabilités en tant que personne mandatée par l'établissement demandeur. J'atteste que cette personne répond aux critères d'admissibilité du programme et qu'elle est reconnue comme personne handicapée au sens de la loi.

Signature de l'ergothérapeute \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

Établissement \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone

À détacher avant de classer au dossier du client.

<b>Nom de l'ancien bénéficiaire :</b>	
<b>Type d'équipement :</b>	
<b>Numéro d'inventaire :</b>	