

### RECOMMANDATION D'ÉQUIPEMENTS

IDENTIFICATION DU CLIENT	
NOM – PRÉNOM :	TÉLÉPHONE :
ADRESSE :	CODE POSTAL : <input type="text"/>
DATE DE NAISSANCE :	NO ASS. MALADIE: <input type="text"/>
<small>ANNÉE</small> / <small>MOIS</small> / <small>JOUR</small>	DATE D'EXPIRATION : _____
SI PERSONNE INAPTE	NOM DU RÉPONDANT : _____ TÉLÉPHONE _____
TYPE DE RÉSIDENCE :	<input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> RTF <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RAC <input type="checkbox"/> CHSLD
	<input type="checkbox"/> AUTRE : _____ NOM : _____
CLIENT CONNU DU PAM	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    SI NON – COMPLÉTER LE FORMULAIRE « DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ »

<b>PRIORISATION</b>	<input type="checkbox"/> DANGER IMMÉDIAT POUR LA PERSONNE ET SES AIDANTS	<input type="checkbox"/> AUCUN DANGER IMMÉDIAT
<b>URGENT</b>	<input type="checkbox"/> AUCUN ÉQUIPEMENT PRÊTÉ PENDANT L'ATTENTE	<input type="checkbox"/> ÉQUIPEMENT PRÊTÉ PENDANT L'ATTENTE
	<b>NON URGENT</b>	

LIMITATIONS FONCTIONNELLES	ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS

# **Programme des aides matérielles (PAM)**

<b>RECOMMANDATIONS - SUITE</b>	
<b>LIMITATIONS FONCTIONNELLES</b>	<b>ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS</b>

NOTE : Soumissions annexées à la demande

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  
(G:\PAM\RECOMMANDATION D'ÉQUIPEMENTS\_lb.doc)

\_\_\_\_\_  
Téléphone