Centre de santé et de services sociaux de Jonquière

Le Parcours
Centre de réadaptation en déficience physique

Programme des aides matérielles (PAM)

RECOMMANDATION FOURNITURES MÉDICALES
PRODUITS D'INCONTINENCE

IDENTIFICATION DU CLIENT

NOM – PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : ☐☐☐ ☐☐☐

_____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ NO ASS. MALADIE : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ANNÉE MOIS JOUR

DATE D'EXPIRATION : _____

SI PERSONNE INAPTE — NOM DU RÉPONDANT : _____ TÉLÉPHONE _____

TYPE DE RÉSIDENCE :
☐ DOMICILE ☐ RTF ☐ RI ☐ RAC ☐ CHSLD
☐ AUTRE : _____ NOM : _____

☐ OUI ☐ NON SI NON – COMPLÉTER LE FORMULAIRE « **DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ** »

CLIENT CONNU DU PAM
☐ LA CONTINENCE POURRAIT S'AMÉLIORER SUITE À L'APPLICATION D'UN PLAN D'INTERVENTION
☐ LA CONDITION DE LA PERSONNE EST STABLE MALGRÉ LES ESSAIS DE RÉADAPTATION RÉALISÉS

DESCRIPTION DES BESOINS	PRODUITS 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'intervenant Date

_____ _____
Établissement Téléphone