



NOM :
PRÉNOM :
N.A.M. :
D.D.N. :
PÈRE :
MÈRE :

PROGRAMME DES AIDES MATÉRIELLES (PAM) RECOMMANDATION FOURNITURES MÉDICALES PRODUITS D'INCONTINENCE

IDENTIFICATION DU CLIENT

NOM-PRÉNOM : _____ TÉLÉPHONE : _____
ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ NO RAMQ : _____ EXP. : _____
SI PERSONNE INAPTE :
NOM DU RÉPONDANT : _____ TÉLÉPHONE : _____
TYPE DE RÉSIDENCE : DOMICILE RTF RI RAC CHSLD
 AUTRE : _____ NOM : _____

CLIENT CONNU

DU PAM : OUI (RENOUVELLEMENT) NON SI NON - COMPÉTER LE FORMULAIRE « **DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ** »
 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 READAPTATION RÉALISÉS

DESCRIPTION DES BESOINS	PRODUITS RECOMMANDÉS	QUANTITÉ PAR JOUR

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 : _____