

ANNEXE 5-B

Rapport diagnostic

Déficiences organiques

**Ce rapport doit être rempli par le médecin traitant ou le spécialiste concerné
(cardiologue, pneumologue, néphrologue, neurologue, endocrinologue et autres.)**

Rapport diagnostic Déficiência organique

Si la personne présente une maladie organique causant une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe qui limite cette personne dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes, de façon significative et persistante, **ce rapport doit être rempli par le médecin traitant ou le spécialiste concerné (cardiologue, pneumologue, néphrologue, neurologue, endocrinologue et autres).**

Les renseignements fournis demeurent confidentiels.

Identification de la personne

Nom :	Prénom :
Adresse :	Code postal :
Numéro d'assurance maladie :	

1. Diagnostic médical

2. Précisez la cause et la date d'apparition du diagnostic en cochant la case appropriée.

- À la naissance :
- Due à une maladie : laquelle? _____ Date: _____
- _____
- Accident de travail : _____ Date: _____
- Accident de la route : _____ Date: _____
- Autre, précisez : _____ Date: _____
- _____

3. Le diagnostic de la personne entraîne-t-il des limitations fonctionnelles?

Non

Oui, lesquelles :

Ces limitations sont : Permanentes :

Temporaires, d'une durée probable de : _____

Intermittentes, précisez : _____

3.1 Dans le cas d'une déficience cardiaque, est-ce que la personne représente un diagnostic de classe IV, tel que défini par le New York Heart Association (NYAH)?

Oui Non

3.2 Dans le cas d'une déficience respiratoire, la personne reçoit-elle de l'oxygène au minimum 15 heures par jour?

Oui Non

3.3 Dans le cas d'une déficience rénale, la personne reçoit-elle trois (3) séances et plus d'hémodialyse ou de dialyse par semaine?

Oui Non

3.4 Si la personne est épileptique, ce problème est-il contrôlé par médication?

Oui Non Non contrôlable

Donnez des précisions quant à la nature des crises et à leur fréquence : _____

3.5 À votre connaissance, la personne souffre-t-elle d'une autre déficience, si oui, laquelle?

Oui, précisez : _____

Non

4. Aides techniques

a. La personne utilise-t-elle de façon régulière des aides techniques, ou tout autre moyen pour compenser ses limitations fonctionnelles? (Exemples : orthèse, prothèse, fauteuil roulant, oxygénothérapie, hémodialyse ou autres).

Non

Oui, lesquelles : _____

b. De quelle façon l'aide technique utilisée compense-t-elle les limitations fonctionnelles de la personne.

Complètement

Partiellement, expliquez : _____

Ne compense pas, pourquoi : _____

5. a) L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible?

Non, pourquoi ? _____

Oui, de façon : Complète

Partielle, **expliquez** : _____

5. b) La personne est-elle limitée dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne?

Non : _____

Oui, **expliquez** : _____

5. c) La personne est-elle atteinte d'une déficience significative et persistante?

Non : _____

Oui, **expliquez** : _____

6. La personne doit-elle consacrer plusieurs fois par semaine une période de temps à des soins particuliers qui sont essentiels au maintien de ses fonctions vitales?

Non

Oui, lesquels et à quelle fréquence : _____

7. Recommandation des services requis

Les traitements nécessaires à la personne sont-ils offerts sur le territoire de la Côte-Nord?

Non Oui

Si cette personne doit être référée à l'extérieur de la région 09-Côte-Nord, **en précisez les raisons** :

La partie suivante doit être remplie pour l'analyse du dossier. Il est à noter que les services médicaux doivent être en lien avec la déficience de la personne et prescrits par un professionnel de la santé.

8. Précisez les services médicaux requis ainsi que l'établissement où sont dispensés les services :

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

Établissement : _____

Lieu : _____

Services requis : _____

9. Mode de déplacement

A. Moyen de transport

Précisez le moyen de transport qui répond aux besoins de la personne ?

Automobile

Autobus

Avion : *Quelles sont les difficultés de cette personne qui l'obligent à voyager par avion? Pour que les frais de transport par avion soient remboursés, cette partie doit être remplie. Pour la clientèle n'ayant pas d'accès routier, l'avion est accepté d'office.*

B. Besoin d'accompagnateur

Les raisons mentionnées doivent démontrer que la sécurité de la personne est en cause et qu'il est impossible pour elle de voyager de façon autonome. **L'accompagnateur est accepté lorsqu'il s'agit d'une personne âgée de moins de 18 ans ou de 75 ans et plus.**

La personne doit-elle être accompagnée dans ses déplacements ?

Non, la personne peut voyager seule.

Oui, **expliquez** : _____

10. Signature du médecin

Nom _____ Prénom _____

Spécialité _____

N° de téléphone _____ N° de pratique _____

Signature du professionnel

Date

Important : Veuillez identifier les limitations fonctionnelles à la page suivante.

Identification des limitations fonctionnelles – Adolescent et adulte

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne **âgée de 14 ans et plus**. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

Communication	Adéquat	Problème	Types de compensation ou explications
Voir			
Entendre			
Parler			

AVQ* / AVD* / Mobilité	N/A *	Capable seul		Avec aide		Incapable
		avec difficulté	sans difficulté	d'une personne	technique	
1. Se nourrir						
2. Hygiène personnelle						
3. S'habiller/se déshabiller						
4. Installer orthèse/prothèse						
5. Utiliser les toilettes						
6. Lever/coucher/transferts						
7. S'étirer, se baisser						
8. Se déplacer						
9. Utiliser les escaliers						
10. Utiliser les transports						
11. Entretien de la maison						
12. Préparer les repas						
13. Faire les courses						
14. Faire la lessive						
15. Utiliser le téléphone						

Fonctions mentales	Adéquat	Problème	Explications
1. Mémoire			
2. Orientation			
3. Compréhension			
4. Jugement			

Soins particuliers / Commentaires : _____

*N/A : Non applicable
 AVQ : Activités de la vie quotidienne
 AVD : Activités de la vie domestique

Identification des limitations fonctionnelles - Enfant

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne **âgée de 13 ans et moins**. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

Communication	Adéquat	Problème	Types de compensation ou explications
Voir			
Entendre			
Parler			

AVQ* / Mobilité	N/A *	Capable seul		Avec aide		Incapable
		avec difficulté	sans difficulté	d'une personne	technique	
1. Rouler du dos au ventre et vice-versa						
2. Tenir assis						
3. Ramper à plat ventre						
4. Se déplacer à 4 pattes						
5. Marcher						
6. Prendre les objets						
7. Manipuler les jouets						
8. Gribouiller, faire un dessin						
9. Se nourrir						
10. S'habiller / se déshabiller						
11. Se lever / se coucher						
12. Utiliser les escaliers						
13. Lire / écrire						
14. Utiliser les toilettes						

Soins particuliers / Commentaires : _____

***N/A :** Non applicable
AVQ : Activités de la vie quotidienne
AVD : Activités de la vie domestique