|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_N_B | | **AIDE-MÉMOIRE**  **Hôpital juif de réadaptation – Services externes** |
|  | | |
| **\*\* Veuillez noter que TOUTE DEMANDE JUGÉE INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE AU RÉFÉRENT \*\*** | | |
|  | | |
| **PROGRAMMES** | **DOCUMENTS OBLIGATOIRES** | |
| **Santé physique :**   * Amputé   **Programme AVC/NEURO/SINT**   * AVC   **Programme AVC/NEURO/SINT**   * Neurologie   **Programme Trauma-spécialisés :**   * Blessé médullaire * Blessures orthopédiques graves (BOG) * Victimes de brûlures graves (VBG) * Programme d’adaptation à la douleur chronique (PADoC)/ Fibromyalgie/ Activation * Programme d’évaluation, de développement et d’intégration professionnelle (PÉDIP) | **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Rapport médical confirmant le diagnostic médical**  **Souhaitable :**  Évaluations disciplinaires : physiothérapie, ergothérapie, service social, etc.  Consultations des autres médecins spécialistes  Résultats des tests laboratoires pertinents et investigations : IRM, radiologie, Doppler, etc.  Liste de la médication et prescriptions  Statut nosocomial (si connu) | |
| **Programme Trauma-spécialisés :**   * TCC légers | **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Rapport médical confirmant le diagnostic médical**  **Rapport mentionnant les faits au moment de l’accident** (paramédic ou médical)  **Souhaitable :**  Évaluations disciplinaires : physiothérapie, ergothérapie, service social, etc.  Consultations des autres médecins spécialistes  Résultats des tests laboratoires pertinents et investigations : IRM, radiologie, Doppler, etc.  Liste de la médication et prescriptions  Statut nosocomial (si connu) | |
| **Programme Trauma-spécialisés :**   * TCC modérés-graves ou légers complexes | **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Rapport médical confirmant le diagnostic médical**  **Rapport mentionnant les faits au moment de l’accident** (paramédic ou médical)  **Évaluations disciplinaires : physiothérapie, ergothérapie, service social, etc.**  **Consultations des autres médecins spécialistes**  **Souhaitable :**  Résultats des tests laboratoires pertinents et investigations : IRM, radiologie, Doppler, etc.  Liste de la médication et prescriptions  Statut nosocomial (si connu) | |
| **Programme Trauma-spécialisés :**   * Vestibulaire | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Référence d’un ORL ou neurologue** confirmant le diagnostic médical  **Souhaitable**:  Résultats de tests médicaux pertinents au problème vestibulaire (ex. : EMG, CT-SCAN, IRM, audiogramme). | |
| **Programme AVC/NEURO/SINT :**   * Soutien à l’intégration (SINT) | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Référence d’un professionnel de la santé**  **Rapport d’évaluation confirmant le diagnostic professionnel** | |
| **Santé physique :**   * Musculosquelettique (orthopédie) | **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Prescription pour de la physiothérapie** avec un diagnostic clair, date de chirurgie, précision du statut de MEC et restrictions (si applicable)  **Protocole post-opératoire**, si applicable  **Souhaitable :**  Évaluations de physiothérapie / ergothérapie, DSIE ou rapport médical  Liste de médicaments / prescription  Statut nosocomial (si connu) | |
| **Santé physique :**   * Pulmonaire | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Dernière consultation pneumologue**  **Liste des médicaments**  **Résumé médical** (dernière hospitalisation)  **Fiche RESPIR**  **Volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS)** | |
| **Santé physique :**   * Rhumatologie | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Référence d’un rhumatologue, qui confirme le diagnostic**  **Souhaitable**:  Évaluations disciplinaires : physiothérapie, ergothérapie, service social, etc.  Consultations des autres médecins spécialistes  Résultats des tests de laboratoires pertinents et investigations : IRM, radiologie, Doppler, etc.  Liste de médicaments/prescription  Statut nosocomial (si connu) | |
| **Aide à la communication (PAC)** | **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Compléter et joindre annexe C**  **Un des documents suivants minimalement requis :**  Rapport d’évaluation fonctionnel en ergothérapie  Rapport d’orthophonie  Rapport neuropsychologie  Rapport orthopédagogie  Rapport OEMC | |
| **Évaluation de la conduite automobile et adaptation du véhicule** | **Évaluation de la conduite automobile**  **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Formulaire M-28 de la SAAQ**  **Compléter et joindre annexe D**  **Formulaire d’autorisation pour la communication des renseignements personnels (SAAQ)**  **Souhaitable :**  Lettre de la SAAQ indiquant la nécessité pour l’usager d’être évalué par un ergothérapeute  Rapports professionnels (évaluation ergo, physio, OEMC)  **SI APPLICABLE :**  Formulaire M-5, si pertinent au contexte (rapport d’examen visuel)  Formulaire M-14, si pertinent au contexte (rapport neurologique)  Rapport d’évaluation neuropsychologique (pour les personnes ayant subi un traumatisme cranio- cérébral)  **Adaptation du véhicule**  **OBLIGATOIRE :**  **Formulaire de référence**  **Attestation médicale**  **Souhaitable :**  Rapports professionnels (évaluation ergo, physio, OEMC) | |
| **Ressources non institutionnelles en déficience physique (RNIDP)** | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Rapport médical confirmant le diagnostic médical**  **CTMSP médical**  **Outil d’évaluation multi clientèle (OEMC)** | |
| **Programme pédiatrique** –– **déficience du langage – bégaiement (BEG)** | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Compléter et joindre annexe A**  **Souhaitable :**  Évaluation en orthophonie  Tout autre rapport pertinent | |
| **Programme pédiatrique** –– **déficience du langage – préscolaire** | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Rapport d’évaluation en orthophonie** confirmant la conclusion orthophonique(daté d’un maximum de un an)  **Rapport d’évaluation en audiologie** (ou confirmation de démarche en cours)  **Souhaitable :**  Évaluation en psychologie ou neuropsychologie  Tout autre rapport pertinent (ergothérapie, physiothérapie, neurologie, etc.) | |
| **Programme pédiatrique** –– **déficience du langage – scolaire** | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Évaluation et rapport en orthophonie** documentant la présence d’incapacités ayant des impacts significatifs et persistants sur la réalisation des habitudes de vie  **Rapport d’évaluation en audiologie** (ou confirmation de démarche en cours)  **Souhaitable :**  Évaluation en psychologie ou neuropsychologie  Tout autre rapport pertinent (ergothérapie, plan d’intervention scolaire, etc) | |
| **Programme pédiatrique** –– **déficience motrice**   * DMDEV   + Retard significatif de développement moteur   + Retard global de développement à prédominance motrice   + Retard de développement moteur associé à un syndrome * DMTRI –– Déficience motrice –Trisomie * DMDMC –– Déficience motrice – Déficience motrice cérébrale | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Évaluation médicale** avec confirmation de diagnostic  **Rapport médical ou professionnel**, datant de moins d’un an, décrivant la déficience motrice par une échelle de mesure standardisée et attestant de la sévérité de l’atteinte motrice provenant d’au moins une des disciplines suivantes :   * neurologie * physiatrie / orthopédie * physiothérapie * ergothérapie   **Souhaitable :**  Tout autre rapport pertinent | |
| **Programme pédiatrique** ­­––**Trouble du développement de la coordination (TDC)** | **Obligatoire :**  **Formulaire de référence**  **Rapport médical** (datant de moins d’un an) confirmant le diagnostic et permettant d’éliminer :   * Les atteintes neurologiques * Les atteintes génétiques * Les atteintes métaboliques   **ET** indiquant les autres conditions tels que les troubles d’apprentissages, les troubles de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et les troubles de langage, **ET** les mesures qui ont été mises en place pour le contrôle/stabilisation des symptômes.  **Rapports professionnels** en ergothérapie ou en ergothérapie et physiothérapie (datant de moins d’un an) documentant :   * Le développement au plan moteur global et fin. * Les incapacités motrices persistantes et significatives **ainsi que la sévérité** des incapacités motrices à l’aide d’une échelle complète de mesure, préférablement le M-ABC-2 (Movement Assessment Battery for Children) ou le BOT-2 (Bruininks-Oseretzky Test 2e version). La performance motrice significativement inférieure à ce que l’on pourrait s’attendre compte tenu de l’âge et des opportunités d’expérimentation (score total <15e percentile sinon au moins une dimension <5e percentile). * L’impact des incapacités motrices sur la réalisation des habitudes de vie à la maison et dans le milieu scolaire.   **Souhaitable**:  **Tout autre rapport professionnel complémentaire** (physiothérapie, psychologie, orthophonie) documentant les incapacités et les troubles coexistants. | |