|  |  |
| --- | --- |
| 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. |