



Institut de réadaptation
en déficience physique
de Québec

Institut universitaire

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Avant de remplir le formulaire, consulter la partie « INFORMATION » à la dernière page.

SECTION A

<u>IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE</u>	<u>MOTIF DE LA RÉFÉRENCE</u>
NOM : _____	Médecin traitant : _____
PRÉNOM : _____	Diagnostic : _____
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> État civil : _____	Date de l'événement : _____
Adresse : _____	Antécédents périnataux et/ou médicaux : _____
_____ Code postal : _____	_____
Tél. rés. : _____ Tél. trav. : _____	Objectifs de réadaptation : _____
ATS/ATME : _____	_____
Date de naissance : _____	_____
N° ass. maladie : _____ Exp. : _____	_____
N° ass. sociale : _____	_____
<input type="checkbox"/> MSSS <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> Autres : _____	La personne a-t-elle déjà reçu nos services?
N° réclamation : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom du père : _____	La personne est-elle informée de la demande?
Nom de la mère : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom du (de la) conjoint(e) : _____	La famille est-elle informée de la demande?
Personne significative : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lien : _____ Tél. : _____	REMARQUES : _____
AU MOMENT DE LA RÉFÉRENCE, LA PERSONNE	_____
RÉSIDE : À son domicile? <input type="checkbox"/> Seule? <input type="checkbox"/>	_____
Ou avec : _____	<u>IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT</u>
En famille d'accueil? <input type="checkbox"/> Précisez : _____	Date de la demande : _____
Tél. : _____	Nom du référent : _____
En foyer de groupe? <input type="checkbox"/> Précisez : _____	Lien avec l'utilisateur : _____
Tél. : _____	Occupation : _____ Tél. : _____
Autre <input type="checkbox"/> Précisez : _____	Établissement : _____
OCCUPATION : _____	Adresse : _____
Employeur : _____	_____ Code postal _____
Pers.-ress. : _____ Tél. : _____	_____
Scolarisation : _____	SIGNATURE
Retraite : _____	_____

SECTION B DÉFICIENCE AUDITIVE

Remplir les parties : ■ Identification de la personne référée ■ Source de référence
Faire parvenir le formulaire de référence, accompagné de l'**audiogramme** de la personne référée, en tenant compte de la région de provenance de la personne.

SECTION C DÉFICIENCE VISUELLE

Remplir les parties : ■ Identification de la personne référée ■ Source de référence et diagnostic de la personne
Faire parvenir le formulaire de référence, accompagné du **Rapport sur l'état oculo-visuel** (récent d'un an) de la personne référée, en tenant compte de la région de provenance de la personne.

REMARQUES : Pour une personne de la région de Québec et ses environs qui présente une déficience auditive et une déficience visuelle, s'assurer de répondre aux conditions des SECTIONS B et C et faire parvenir le tout à l'adresse apparaissant sous « **déficience visuelle** » adultes-aînés ou enfants-adolescents, selon le cas.

SECTION D DÉFICIENCE MOTRICE – ENFANTS

Histoire du développement psychomoteur (âge de la marche, du langage, de l'alimentation seule, etc.) : _____

Profil fonctionnel actuel (niveau d'autonomie, jeu, intérêt, etc.) : _____

Fréquentation de garderie : _____

Scolarisation : _____

Inscrit à d'autres organismes (CLSC, association, etc.) : _____

Situation sociale : _____

Remarques : _____

DOCUMENTS REQUIS : ■ Rapports de consultation médicale
■ Rapports d'évaluation pertinents à la référence.

SECTION E DÉFICIENCE MOTRICE - ADULTES

Y a-t-il une difficulté sur le plan de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jugement | <input type="checkbox"/> Attention |
| <input type="checkbox"/> Concentration | <input type="checkbox"/> Langage/parole |
| <input type="checkbox"/> Mémoire | <input type="checkbox"/> Vision |
| <input type="checkbox"/> Perception temps/espace | <input type="checkbox"/> Audition |
| <input type="checkbox"/> Conscience de soi | <input type="checkbox"/> Équilibre |
| <input type="checkbox"/> Orientation | <input type="checkbox"/> Déplacements |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Chang. de position |
| <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> Activités manuelles |
| <input type="checkbox"/> Continence | <input type="checkbox"/> Tâches domestiques |
| <input type="checkbox"/> Hygiène | <input type="checkbox"/> Rôle parental |
| <input type="checkbox"/> Habillement | <input type="checkbox"/> Rôle conjugal |
| <input type="checkbox"/> Résistance physique | <input type="checkbox"/> Lecture/écriture |

Membres supérieurs :

Amputation Mouvement Sensibilité

Membres inférieurs :

Amputation Mouvement Sensibilité

Tonus musculaire:

Spasticité Flaccidité

Condition de la peau :

Plaie Cicatrice

Remarques : _____

La personne est-elle dépendante:

- D'équipements ? Oui Non
Si oui, lesquels ? _____

- D'un régime alimentaire particulier ? Oui Non
Si oui, lequel ? _____

- De soins particuliers ? Oui Non
Si oui, lesquels ? _____

Pronostic de réadaptation :

- Bon
- Moyen
- Douteux

Orientation prévue à sa sortie: _____

DEMANDE POUR:

- INTERNE EXTERNE

DOCUMENTS REQUIS:

- Résumé de dossier médical
- Résumé de dossier de réadaptation, s'il y a lieu
- Résumé de l'histoire sociale
- Rapport de consultation et d'évaluation
- Rapports d'examens pertinents (labo, Rx, etc.)

INFORMATION

Pour toute référence, remplir la **SECTION A** du formulaire de référence et compléter la section liée à la déficience de la personne référée : **SECTION B Déficience auditive** **SECTION C Déficience visuelle**
SECTION D Déficience motrice – enfants **SECTION E Déficience motrice – adultes**

Faire parvenir le tout, accompagné des documents requis, en tenant compte de la région de provenance de la personne référée.

Pour toute information supplémentaire, communiquez aux numéros indiqués ci-dessous.

Pour la clientèle de QUÉBEC et les environs

Déficience auditive – Enfants-Adolescents

775, rue Saint-Viateur
Charlesbourg (Québec) G2L 2S2
Tél. : (418) 623-5555, poste 302
ATS/ATME : (418)623-7377
Télécopieur :(418) 626-3914

Déficience motrice et visuelle – Enfants-Adolescents

2975, chemin Saint-Louis
Sainte-Foy (Québec) G1W 1P9
Tél. : (418) 529-9141, poste 4393
Télécopieur (418) 653-2794

Déficience motrice, auditive et visuelle - Adultes-Aînés

525, boulevard Wilfrid-Hamel
Québec (Québec) G1M 2S8
Tél. : (418) 649-3719 (**déficience motrice**)
Tél. : (418) 529-9141, poste 2210 (**déficience visuelle**)
Tél. : (418) 529-9141, poste 2202 (**déficience auditive**)
ATS/ATME :(418) 649-3733
Télécopieur : (418) 649-3703