

*Influencing excellence in services and support for persons living with the effects of an acquired brain injury*

## Coalition des services relatifs aux LCA de Champlain

## *Demande de services*

Les renseignements suivants **doivent être fournis** (comme il est indiqué) pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande :

- Adresse, numéro de téléphone et courriel du patient
- Numéro de carte Santé du patient
- Diagnostic
- Date de la lésion ou de l'évènement
- Raison principale de la demande de services
- Destination de la demande de services (*seuls les services et programmes financés par les fonds publics sont indiqués*) †
  
- IMPORTANT – Vous devez fournir les documents suivants :**
  - ⚙ Notes médicales confirmant le diagnostic de lésion cérébrale
  - ⚙ Rapport de l'évaluation neuropsychologique (s'il est terminé)
  - ⚙ Notes sur la consultation psychiatrique ou rapports sur la santé mentale (s'ils sont terminés)
  
- Le client a été avisé qu'il doit organiser son propre transport pour participer aux programmes et recevoir les services demandés, et pour le retour à domicile.
- Le client a donné son consentement à la soumission de la présente demande.

Veuillez renvoyer la demande dûment remplie en utilisant le bordereau de transmission ci-joint à :

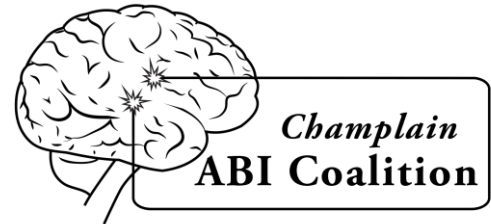
Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain

À l'attention de Constance Coburn

4 200, rue Labelle, bureau 100

Ottawa (Ontario) K1J 1J8

613 745-5525, poste 5963



*Influencing excellence in services and support for persons  
living with the effects of an acquired brain injury*

## Bordereau de transmission par télécopieur

Destinataire :	Constance Coburn, intervenante-pivot pour le système de services aux personnes atteintes d'une LCA de Champlain
Organisme :	Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain
Numéro de téléc. :	613 745-6984 OU 1 855 450-8569
Date :	
Objet :	Demande de services relatifs à une LCA
Expéditeur :	
Nombre de pages (y compris la page couverture) :	
Commentaires :	

*Les informations contenues dans le présent document sont privées, confidentielles et destinées uniquement au(x) destinataire(s) désigné(s). Si elles sont reçues par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les informations en lieu sûr jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas les informations et ne les divulguiez pas à d'autres personnes.*

Vous DEVEZ inclure tous les rapports médicaux et de consultation pertinents sur la lésion cérébrale.  
*La demande de services sera retournée si ces rapports ne sont pas inclus.*

Courriel du client : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

*nom de famille*

*prénom(s)*

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Version : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*le cas échéant* *Année* *mois* *jour*

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Commotion cérébrale/TCCL

Date de la lésion : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*année* *mois* *jour*

Est-ce que la lésion ou l'événement est lié au travail?  Oui

Lésion – type/nature :

Accident de voiture

Traumatique ou autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

Non traumatique (*préciser*) autre qu'un traumatisme(*préciser*)  
-----

Raison principale de la demande/buts : \_\_\_\_\_

Mesures de soutien ou services demandés :

Services communautaires ou d'approche  Groupe d'adaptation  Services résidentiels

Programme de jour  Programme de jour – ville d'Ottawa  Groupe de soutien en gestion de la colère

Adresse domiciliaire : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone principal : ( ) \_\_\_\_\_

Autre n° de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Le client vit :

Seul  Avec d'autres personnes (*préciser*)  
-----

Logement :  Sans abri  À risque d'être sans abri  
 Maison  Immeuble d'habitation  Logement avec soutien  
 Soins résidentiels  Autre \_\_\_\_\_

Autre personne-ressource et n° de téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : Mandataire spécial  Procureur   
Conjoint(e)

Autre :

État civil : \_\_\_\_\_

### Registre régional de colocataires pour les personnes atteintes de LCA de Champlain

Veillez cocher la case ci-dessous si vous voulez que votre nom soit ajouté au registre régional de colocataires pour les personnes atteintes de LCA de Champlain. En cochant cette case, vous consentez à ce que vos renseignements généraux soient communiqués à d'autres personnes qui cherchent un colocataire et vous pourrez consulter le registre. Votre nom et vos coordonnées resteront anonymes jusqu'à ce que vous ou une autre personne trouviez un colocataire et acceptiez d'établir le contact avec cette personne. En tout temps, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de la liste en communiquant avec votre intervenant-pivot.

Oui, je consens à ce que mes renseignements généraux soient inclus dans le registre de colocataires.

Nom du client : \_\_\_\_\_ N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ CV : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : _____	Tél. : _____
Adresse : _____	Téléc. : _____
Ville : _____ Code postal : _____	
Source du renvoi : _____	Tél. : _____
Nom/poste de la personne-ressource : _____	Téléc./courriel : _____
Organisme _____	
Le client est présentement : <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Ailleurs (préciser) : _____	
Si le client est à l'hôpital, veuillez indiquer : Date d'admission : _____ Date de congé prévue : _____	

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux pertinents : \_\_\_\_\_

Antécédents de LCA :  Oui  Non Description : \_\_\_\_\_

Antécédents de toxicomanie avant la lésion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible	État à l'admission : _____
Problèmes de toxicomanie à l'heure actuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Traitement recommandé pour la toxicomanie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antécédents de problèmes psychiatriques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Description : _____
État psychiatrique actuel : _____	
Allergies : _____	
Crises d'épilepsie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	Dates : _____
Description : _____	

## RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES NOTES DE CONSULTATION CI-JOINTES

### ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENTS, Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS

Programme/Établissement/Médecin/Thérapies	Dates (année/mois/jour)	Nom et coordonnées de la personne-ressource

TRANSPORT : (À noter : Aucun moyen de transport n'est offert pour la plupart des programmes.)

Le client voyagera :  De façon indépendante  Avec de l'aide

Transport adapté :  Oui  Non N° de transport adapté : \_\_\_\_\_

Langues parlées : \_\_\_\_\_ Interprète requis :  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

### RENSEIGNEMENTS FINANCIERS :

Source :

CSPAAAT  RPC  Assurance-auto  Ontario au travail  POSPH  AE  SV  ICD  ILD

Autre \_\_\_\_\_

Statut (initiation, soumission et approbation des demandes) : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_ N° de carte Santé \_\_\_\_\_ CV : \_

Démêlés antérieurs ou actuels avec le système judiciaire?  Oui  Non

Détails : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LES CAPACITÉ FONCTIONNELLES

Dans la mesure du possible, veuillez indiquer le niveau d'aide nécessaire dans une journée: (p. ex. 2 heures pour le bain, la toilette et les soins personnels).

BESOINS PERSONNELS	AUCUN PROBLÈM	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Manger/boire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque(s) relevé(s) :	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Habillemtent :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Bain :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Toilette (y compris incontinence):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Soins personnels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Parésie/paralysie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Gestion des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Douleur/maux de tête :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fatigue :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perturbations du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MOBILITÉ :	AUCUN PROBLÈM	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Marche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque(s) relevé(s) :	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Transfert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Mobilité à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Chutes/antécédents de chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Équilibre/étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
BESOINS INSTRUMENTAUX	AUCUN PROBLÈM	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Préparation de repas :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque(s) relevé(s) :	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Entretien ménager :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Magasinage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Gestion des finances :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
				<input type="checkbox"/> Médecin
				<input type="checkbox"/> Infirmière
				<input type="checkbox"/> Autre
Mauvais traitements à domicile/ Comportement à risque au domicile	AUCUN PROBLÈM	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Adaptation au changement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque(s) relevé(s) :	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Contrôle des impulsions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Travailleur social **Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Trouble de pensée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Errance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Agressivité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Comportement sexuel inapproprié :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Risque de suicide :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Agitation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se met en colère facilement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tolérance à la frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
COMMUNICATION:	AUCUN PROBLÈM	PROBLÈME	Commentaire ou autres problèmes :	Rempli par :
Ouïe :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque(s) relevé(s) :	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Langue, compréhension :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Langue, expression :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Pragmatique/conversation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Déglutition :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Texture recommandée pour la nourriture coupée en morceaux faciles à mâcher avec de la viande ou des salades hachées et humectées				<input type="checkbox"/> Autre
ÉTAT COGNITIF :	PAS TESTÉ	Aucune ou légère déficience cognitive	Trouble auditif modéré	Rempli par :
Orientation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commentaire ou autres problèmes :	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute
Motivation/initiation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Jugement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Travailleur social
Mémoire (court terme) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Orthophoniste
Mémoire (long terme) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Médecin
Attention :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Infirmière
Capacité de suivre des directives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Autre
Perspécacité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perception :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

J'atteste que, pour autant que je sache, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Demandeur/mandataire spécial) (AAAA/MM/JJ)