Rapport médical

Ce rapport doit être retourné au bureau de Services Québec dans les plus brefs délais.

Utilisez un stylo à bille et APPUYEZ FORTEMENT. Bureau de Services Québec

Note importante au médecin traitant : La personne qui vous remet le présent formulaire considère qu'elle présente des limitations fonctionnelles soit temporaires, soit permanentes. Le traitement équitable de son dossier dépend de la qualité de l'information que vous y inscrirez. Pour obtenir plus d'explications sur le présent formulaire, veuillez communiquer avec le Service de l'évaluation médicale et socioprofessionnelle du Ministère en composant le : 418 644-1075 ou le 1 800 355-6557.

Une traduction de courtoisie est offerte en ligne sur le site Québec.ca. Numéro de dossier au Ministère Identification et autorisation du patient Identification and authorization of patient Nom de famille et prénom Numéro d'assurance-maladie Par la présente, j'autorise le médecin à fournir au ministère de l'Emploi et I hereby authorize the physician to give to the Ministère de l'Emploi et de de la Solidarité sociale toute information concernant mon état de santé la Solidarité sociale any information regarding my current or past state of physique ou mental actuel ou antérieur. physical or mental health. Signature du patient Signature of patient Condition actuelle du patient Diagnostic principal (en caractères d'imprimerie) Date de Limitations fonctionnelles : **Aucune** Complétez la partie A seulement (Veuillez cocher s.v.p.) **Temporaires** Permanentes ou prolongées (au moins 12 mois) Complétez les parties A et B Veuillez indiquer les troubles et les limitations fonctionnelles qui subsistent actuellement. Utilisez, au besoin, les codes au verso. Code Code Code Code Codes par ordre d'importance Le diagnostic posé et les limitations qui en découlent permettent-ils quand même à cette personne de développer actuellement ses habiletés de travail? Avant de répondre à cette question, veuillez consulter les explications au verso. Oui Non mois Autres diagnostics, s'il y a lieu -Gravité de l'état : léger modéré sévère Poids: Taille : d'hypertension : Stade d'évolution : aigu chronique stable en convalescence rémission bon irréversible autre, précisez . Antécédents personnels pertinents, Maladie(s) ou problème(s) S.O. 🗌 Rapports pertinents d'examens ou de consultations, ex. : laboratoire, radiologie (fournissez une copie.) S.O. 🗌 Traitement en cours ou envisagé, Médication S.O. 🗌 Autres traitements (chirurgie, chimiothérapie, physiothérapie, psychothérapie, etc.) S.O. En cas de traumatisme ou de chirurgie, date de l'évènement Besoins à caractère médical En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lui accorde une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical ayant pour but de préserver sa santé. Veuillez indiquer ci-dessous, à l'aide de la liste fournie au verso, le ou les codes correspondant aux besoins à satisfaire. Aucun besoin à caractère médical à satisfaire **Commentaires supplémentaires** (Si l'espace est insuffisant, veuillez annexer une note.) Oui Non Note annexée Identification et signature du médecin Numéro du permis d'exercice Numéros de téléphone Ind. rég. Adresse cabinet > hôpital ▶ téléavertisseur > télécopieur > Mois Considérez-vous important que le médecin Êtes-vous le médecin Année Oui Non Oui Non Si oui, depuis quand? du Ministère communique avec vous? traitant de ce patient? Date Signature du médecin

TROUBLES ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Code

Mobilité

- 11 A besoin d'une aide pour sortir
- 12.... Ne peut marcher
- 13.... Se déplace en fauteuil roulant
- 14.... Ne peut monter un escalier
- 15.... Ne peut utiliser le transport en commun
- **16**.... N'a pas d'endurance à la marche
- 17.... A des problèmes de coordination
- 18.... A des problèmes d'équilibre

Tolérance à l'effort

- 21.... Ne peut forcer
- 22.... N'a pas de tolérance à l'effort
- 23.... Ne peut soulever d'objets lourds

Activités reliées à la vie quotidienne

- 31.... Ne peut manger seul
- 32.... Ne peut se vêtir seul
- 33.... Ne peut se laver seul
- **34**.... Ne peut demeurer seul
- 35.... Ne peut administrer ses biens
- 36.... Ne peut utiliser ses mains de façon prolongée
- 37.... Ne peut utiliser ses pieds de façon prolongée

Capacité de communication

- **41**.... A des troubles visuels non corrigibles
- 42.... A des troubles auditifs non corrigibles
- 43.... A des troubles de la parole

Élimination

- 51.... Incontinence urinaire
- **52**.... Incontinence intestinale

Comportement

- 61 Agressivité
- 62.... Violence
- 63.... Isolement

Fonctions mentales affectives

- 71.... Limitations fonctionnelles légères liées à la dépression
- 72.... Limitations fonctionnelles sévères liées à la dépression
- 73.... Limitations fonctionnelles légères liées à l'anxiété
- 74.... Limitations fonctionnelles sévères liées à l'anxiété
- 75.... Ne peut contrôler ses émotions
- 76.... Indifférence

Fonctions mentales cognitives

- 81.... Troubles de l'orientation
- 82.... Troubles de la mémoire
- **83**.... Troubles de la concentration
- **84**.... Troubles de la compréhension
- 85.... Hallucinations
- 86.... Délire

EXPLICATIONS SUR LA QUESTION DE LA PARTIE A

Pour lui permettre de développer ses habiletés de travail, des mesures et des services d'aide à l'emploi sont offerts au prestataire. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes, selon la situation du prestataire. Par exemple :

- Alphabétisation : développement des compétences liées à la lecture, à l'écriture, à l'arithmétique : généralement au moins 25 heures par semaine d'enseignement, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- Formation générale ou professionnelle au secondaire : 30 heures par semaine d'enseignement, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- Formation technique : 25 séances d'enseignement de 50 minutes chacune, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Projet de préparation à l'emploi** : mise en œuvre de plans d'intervention favorisant le développement de compétences personnelles liées à l'insertion socioprofessionnelle : un minimum de 20 heures par semaine de présence.
- Services d'aide à l'emploi : détermination des besoins en matière d'emploi, recherche d'emploi et placement (orientation, accompagnement, méthode de recherche d'emploi, préparation de CV, etc.) : quelques heures par semaine pendant une ou plusieurs semaines selon le service.

BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

- A Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (Précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires.)
- B Prothèses, orthèses ou accessoires (divers) (Précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu.)
- C Diète pour diabète
- D Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse
- E Hémodialyse
- F Oxygène (Précisez la durée.)
- G Déménagement pour des raisons de santé (Précisez la raison médicale du déménagement.)

- H Transport pour suivre des traitements médicaux ou dentaires (Précisez la raison médicale et la fréquence.)
- I Besoin d'un service de garde pour un ou des enfants afin de permettre la participation du conjoint de votre patient à une mesure d'aide à l'emploi offerte par le Ministèrew. Précisez la raison médicale de l'incapacité à assurer la garde de ses enfants.
- J Recours à une escorte lors d'un transport médical
- K Transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques (Précisez la raison médicale, l'activité, l'endroit et la fréquence.)
- L Hébergement dans un centre offrant des services en toxicomanie