

**FORMULAIRE DE COMMANDE  
DE MATÉRIEL DE CONVALESCENCE  
SERVICES FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES**

**SECTION A RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Jour Mois Année

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N° D'IDENTIFICATION DE SFC : \_\_\_\_\_

MÉDECIN : \_\_\_\_\_ N° D'ASSURANCE-MALADIE : \_\_\_\_\_

Le client a-t-il une protection d'assurance?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie et le numéro de la police \_\_\_\_\_

**SECTION B RENSEIGNEMENTS SUR LE MATÉRIEL**

Matériel utilisé actuellement : \_\_\_\_\_

Date de réception : \_\_\_\_\_ Qui a payé le matériel? \_\_\_\_\_ Pourquoi n'est-il  
 plus approprié? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Matériel recyclable?  O  N

Matériel demandé \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION C RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Diagnostic et troubles médicaux : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION D ÉVALUATION DU CLIENT**

**Examen physique**

Poids : \_\_\_\_\_

	Limitations normales	Certaines limitations*	Non fonctionnel*	Commentaires * Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser la page 3.
Extrémités supérieures				
Extrémités inférieures				

**Examen fonctionnel**

Comment le client se déplace-t-il à l'intérieur du domicile? \_\_\_\_\_

Le client peut-il se transférer sans aide?  O  N Prendre son bain?  O  N Se coucher?  O  N Sinon,  
 veuillez expliquer le genre d'aide dont il a besoin. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**SECTION G****CONSENTEMENT (COPIE DES SERVICES DE SANTÉ)**

**CONCERNANT :** \_\_\_\_\_ **MATÉRIEL :** \_\_\_\_\_  
(Nom du client)

Je, \_\_\_\_\_, conviens des recommandations du professionnel de la santé soussigné et je l'autorise à communiquer les renseignements ci-joints au ministère des Services familiaux et communautaires, à Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick et à tout autre organisme susceptible d'aider à fournir le matériel prescrit.

Il est entendu et convenu que le prêt de matériel est assorti des conditions suivantes :

- 1) Je peux recevoir de l'équipement neuf ou recyclé.
- 2) Je m'engage à m'occuper du matériel selon les directives qui m'ont été fournies et à confier tous travaux de réparation et d'entretien à un technicien diplômé ou à un professionnel de la santé qualifié. \*
- 3) Je m'engage à utiliser le matériel d'une manière sécuritaire et à éviter tout usage abusif ou mauvais usage.
- 4) Lorsque le matériel ne sera plus nécessaire, je le retournerai à Timbres de Pâques N-B en vue de son recyclage.\*

\* Les réparations, l'entretien et l'expédition de cet article sont gratuits si vous détenez une carte d'assistance médicale du ministère des Services familiaux et communautaires et si les conditions décrites aux présentes sont respectées.

J'ai obtenu une copie du présent accord pour consultation future.

Signature du client, de la personne désignée, \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
du tuteur légal, du parrain ou de la  
directrice des soins infirmiers

Témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Veuillez retourner le formulaire au complet aux :

Services de santé  
C.P. 5500, Fredericton (N.-B.) E3B 5G4  
Télécopieur : (506) 453-3960

-----  
**PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ TRAITANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées S.V.P.)

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date de soumission aux Services de santé \_\_\_\_\_ à Timbres de Pâques N-B \_\_\_\_\_

**SECTION H                      CONSENTEMENT (COPIE DU CLIENT)**

**CONCERNANT :** \_\_\_\_\_ **MATÉRIEL :** \_\_\_\_\_  
(nom du client)

Je, \_\_\_\_\_, conviens des recommandations du thérapeute soussigné et je l'autorise à communiquer les renseignements ci-joints au ministère des Services familiaux et communautaires, à Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick et à tout autre organisme susceptible d'aider à fournir le matériel prescrit.

Il est entendu et convenu que le prêt de matériel est assorti des conditions suivantes :

- 1) Je peux recevoir de l'équipement neuf ou recyclé.
- 2) Je m'engage à m'occuper du matériel selon les directives qui m'ont été fournies et à confier tous travaux de réparation et d'entretien à un technicien diplômé ou à un ergothérapeute.\*
- 3) Je m'engage à utiliser le matériel d'une manière sécuritaire et à éviter tout usage abusif ou mauvais usage.
- 4) Lorsque le matériel ne sera plus nécessaire, je le retournerai à Timbres de Pâques N-B en vue de son recyclage.\* (Pour avoir plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'organisme en composant le 1 888 280-8155.)

\* Les réparations, l'entretien et l'expédition de cet article sont gratuits si vous détenez une carte d'assistance médicale du ministère des Services familiaux et communautaires et si les conditions décrites aux présentes sont respectées.

J'ai obtenu une copie du présent accord pour consultation future.

Signature du client, de la personne désignée, \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
du tuteur légal, du parrain ou de la  
directrice des soins infirmiers

Témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**SECTION I AVIS DE DÉCISION**

**DEST. :**            **NOM :** \_\_\_\_\_  
**ORGANISME :** \_\_\_\_\_  
**TÉLÉCOPIEUR :** \_\_\_\_\_

**CLIENT :** \_\_\_\_\_ **N° D'IDENTIFICATION** \_\_\_\_\_

**ARTICLES DEMANDÉS :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Votre demande :**

**a été approuvée**                      **Fournisseur :** \_\_\_\_\_

**a été refusée\***                       **est en attente\***

\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Évalué par :** \_\_\_\_\_

**Organisme :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_