

# Partie du parent <sup>(1)</sup>

## Soutien aux enfants

### Demande de supplément pour enfant handicapé

Le supplément pour enfant handicapé a pour but d'aider les familles à assumer la garde, les soins et l'éducation d'un enfant dont **le handicap est important**.

#### Vous pouvez avoir droit à ce supplément si :

Votre enfant a un handicap **physique ou mental**, qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne pendant une période prévisible d'au moins un an.

Les activités de la vie quotidienne sont celles que votre enfant peut faire, selon son âge, pour prendre soin de lui et participer à la vie sociale, comme communiquer, apprendre, se déplacer, se nourrir et s'habiller.

L'équipe médicale de la Régie des rentes du Québec évalue l'importance du handicap selon les critères du *Règlement sur les impôts*.

#### Pour connaître ces critères, vous pouvez :

- consulter le Règlement sur notre site Internet à l'adresse [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca) ;
- nous téléphoner (consulter nos coordonnées à la page suivante).

Si la situation de l'enfant ne correspond pas aux cas décrits dans le Règlement, l'importance du handicap est évaluée selon les critères suivants :

- les **incapacités** que votre enfant éprouve malgré l'utilisation des moyens disponibles pour faciliter sa vie ;
- les **obstacles** que votre enfant rencontre dans son milieu ;
- les **contraintes** que vit son entourage.

#### Que devez-vous faire avec les documents suivants ?

Partie du parent	Partie du professionnel
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Remplir, signer et retourner la <b>Partie du parent</b>.</li><li>■ N'oubliez pas de fournir tous les documents demandés au tableau <b>Documents à fournir par le parent</b> aux pages 3 et 4.</li></ul> <p>Si vous avez de la difficulté à reconnaître le handicap de votre enfant dans ce tableau, demandez l'aide du professionnel qui soigne votre enfant ou téléphonez-nous.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Inscrire le nom de votre enfant et signer l'autorisation</b> de communiquer des renseignements personnels à la <b>section 1</b> de la <b>Partie du professionnel</b>.</li><li>■ Remettre cette partie au professionnel. Il la remplira et nous la fera parvenir.</li></ul> <p>Le professionnel qui peut remplir cette partie est le médecin, physiothérapeute, psychologue ou autre qui a évalué ou soigné votre enfant et <b>qui connaît le mieux son état de santé</b>.</p>

(1) Pour des fins de simplification, le terme « parent » utilisé dans le présent formulaire représente toute personne ou son conjoint qui assume principalement la charge des soins et de l'éducation de l'enfant et qui réside avec lui.



## Comment nous joindre

Pour plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé :

### Par Internet

[www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca)

### Par la poste

Régie des rentes du Québec  
Case postale 7777  
Québec (Québec) G1K 7T4

### Service aux sourds ou aux malentendants

 ATS, téléimprimeur : 1 800 603-3540

### Par téléphone

Région de Québec : (418) 643-3381  
Région de Montréal : (514) 864-3873  
Ailleurs au Québec : 1 800 667-9625

### En personne

À l'un de nos centres de services à la clientèle.

Pour connaître nos coordonnées, consultez notre site Internet sous l'onglet « Nous joindre » ou téléphonez-nous.

Avant de vous déplacer, nous vous suggérons de nous téléphoner. Dans la majorité des cas, vous pourrez obtenir l'information désirée.

## Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

## Documents à fournir par le parent

### IMPORTANT

Les diagnostics mentionnés dans le tableau ne sont que des exemples pour vous aider à déterminer la catégorie du handicap de votre enfant. Pour que votre enfant soit admissible, sa condition doit respecter les critères d'admissibilité décrits à la page 1 du présent formulaire.

Une photocopie des documents demandés est suffisante.

Pour les catégories de handicap suivantes, vous n'avez pas à joindre de document supplémentaire à la **Partie du parent**. Le professionnel nous fera parvenir les documents nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité.

- |  |   |
|--|---|
| ■ <b>Alimentation et digestion</b>   | ■ <b>Fonctions cardiaque et vasculaire</b>  |
| ■ <b>Allergies alimentaires</b>  | ■ <b>Fonctions rénale et urinaire</b>   |
| ■ <b>Anomalies métaboliques ou héréditaires</b><br>Ex. : anémie, diabète insulino-dépendant, fibrose kystique du pancréas, hémophilie, autres. | ■ <b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b><br>Ex. : trisomie, malformations multiples, autres. |
| ■ <b>Audition</b>  | ■ <b>Vision</b>   |
| ■ <b>Cancer</b>  |   |

Pour les catégories de handicap suivantes, vous devez joindre à la **Partie du parent** les documents énumérés ci-dessous. Le professionnel nous fera parvenir les autres documents nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité.

Catégories de handicap	Documents supplémentaires à fournir par le parent
<b>Anomalies du système immunitaire</b> Ex. : déficience immunitaire, infection VIH, SIDA, autres.	■ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)
<b>Anomalies du système nerveux</b> Ex. : épilepsie, Gilles de la Tourette, traumatisme crânien, autres.	<b>Gilles de la Tourette</b> ■ Annexe : Bilan scolaire <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus ■ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien) ■ Évaluation initiale en neurologie et en pédopsychiatrie, si votre enfant a été évalué ■ Copie du suivi de la dernière année en neurologie et en pédopsychiatrie  Ces deux derniers renseignements peuvent être fournis par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'ils nous soient transmis.  <b>Pour toutes les autres anomalies du système nerveux, vous n'avez pas de document à joindre à votre Partie du parent.</b>

## Documents à fournir par le parent (suite)

Catégories de handicap	Documents supplémentaires à fournir par le parent
<b>Appareil locomoteur</b> Ex. : arthrite, malformation d'un ou de plusieurs membres, paralysie (plexus brachial, diplégie, quadriplégie), hypotonie, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation récente en physiothérapie si votre enfant a été évalué</li> <li>■ Évaluation récente en ergothérapie si votre enfant a été évalué</li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous soient transmises.</p>
<b>Fonction respiratoire</b> Ex. : asthme sévère, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)</li> </ul>
<b>Retard psychomoteur</b> Ex. : retard global de développement, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation multidisciplinaire qui comprend les rapports des professionnels suivants si votre enfant a été évalué :               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ergothérapie</li> <li>■ orthophonie</li> <li>■ physiothérapie</li> <li>■ psychologie</li> </ul> </li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous soient transmises.</p>
<b>Déficience intellectuelle</b> Ex. : retard mental, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Annexe : Bilan scolaire <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant a 6 ans et plus et qu'il a un retard scolaire</li> </ul>
<b>Troubles du comportement et autres troubles psycho-affectifs</b> Ex. : trouble déficitaire de l'attention, trouble de l'opposition, trouble des conduites, psychose, maladie bipolaire et autre trouble psychologique ou psychiatrique, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Annexe : Bilan scolaire <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus</li> <li>■ Relevé des achats de médicaments des 12 derniers mois (à obtenir du pharmacien)</li> <li>■ Évaluation récente en psychologie si votre enfant a été évalué</li> <li>■ Évaluation récente et suivi des 12 derniers mois en pédopsychiatrie, si disponibles</li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous soient transmises.</p>
<b>Troubles du langage</b> Ex. : dysphasie, dyspraxie, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Annexe : Bilan scolaire <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant a 6 ans et plus et qu'il a un retard scolaire</li> <li>■ Évaluation récente complète en orthophonie</li> <li>■ Évaluation intellectuelle récente par un psychologue si votre enfant a été évalué</li> <li>■ Évaluation récente du comportement adaptatif (ex. : ÉQCA ou Vineland) si le test a été fait</li> </ul> <p>Ces évaluations peuvent être fournies par vous ou par le professionnel. Assurez-vous qu'elles nous soient transmises.</p>
<b>Troubles envahissants du développement</b> Ex. : autisme, syndrome d'Asperger, autres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Annexe : Bilan scolaire <b>page 7</b> à faire remplir par un intervenant de l'école si votre enfant est âgé de 6 ans ou plus</li> </ul>



### 1.3 Renseignements sur les problèmes de votre enfant (suite)

#### Hospitalisation

Votre enfant a-t-il été hospitalisé plus de 24 heures au cours des 12 derniers mois en raison du problème de santé pour lequel vous demandez le supplément pour enfant handicapé ?  Oui  Non

Si oui, inscrire la date et la durée **approximatives** de l'hospitalisation :

Date		Durée
année	mois	jours

Date		Durée
année	mois	jours

Date		Durée
année	mois	jours

#### Suivi des spécialistes

Inscrire le nom des spécialistes qui ont évalué ou suivi régulièrement votre enfant au cours des 12 derniers mois et leur spécialité (neurologie, cardiologie, psychologie, orthophonie ou autre).

Nom	Spécialité

### 1.4 Votre signature

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

Signature \_\_\_\_\_ Date 

année	mois	jour

Mère  Père  Tuteur  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

#### IMPORTANT

Vous devez :

- Inscrire le nom de votre enfant et signer l'autorisation de communiquer des renseignements personnels à la **section 1** de la **Partie du professionnel**.
- Remettre cette partie au professionnel. Il la remplira et nous la fera parvenir.
- Nous faire parvenir, le plus rapidement possible, la **Partie du parent** et **tous les documents demandés** dans le tableau des pages 3 et 4, car un paiement rétroactif pourrait s'appliquer.

Note : Le supplément peut être versé rétroactivement pour les mois qui précèdent votre demande si, pendant cette période, l'état de votre enfant remplissait les conditions d'admissibilité. Ce paiement rétroactif peut couvrir une période maximale de 11 mois.

**Ne pas oublier d'inscrire votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents envoyés.**

## Bilan scolaire

**IMPORTANT** : À remplir seulement si mentionné dans le tableau **Documents à fournir par le parent** aux pages 3 et 4.

### SECTION 1 À remplir par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent

--	--	--

#### 1.1 Identité de l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance année    mois    jour
Nom de l'école		Téléphone de l'école ind. rég.

#### 1.2 Autorisation de communiquer des renseignements personnels

J'autorise les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant à communiquer à la Régie des rentes du Québec les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom du parent \_\_\_\_\_

Signature du parent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
année    mois    jour

Mère     Père     Tuteur

Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut signer l'autorisation de communiquer des renseignements personnels sur l'enfant.

### SECTION 2 À remplir par un intervenant de l'école

#### 2.1 Acquis scolaires de l'enfant

Type de classe fréquentée (Ex. : régulière, spécialisée, langage, autre)

Ratio élèves/enseignant (Ex. : 8 élèves/1 enseignant)

Niveau actuel des acquis scolaires réels

Remplir le tableau en précisant l'échelon ou en utilisant : **D** : début du niveau    **M** : milieu du niveau    **F** : fin du niveau

	Préscolaire	1 <sup>er</sup> cycle		2 <sup>e</sup> cycle		3 <sup>e</sup> cycle		Secondaire Préciser le niveau
		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>	
Lecture								
Écriture								
Mathématiques								

#### 2.2 Services adaptés offerts par l'école à l'enfant (Ex. : psychologie, T.E.S., orthophonie, psychoéducation, accompagnement, autre)

Service	Fréquence (Ex. : h/sem.)	Ratio élève(s)/intervenant	Date de la dernière évaluation

Un plan d'intervention a-t-il été préparé pour cet élève ?     Oui     Non



**Important** : La section 1 doit être remplie par le **PARENT**

## Partie du professionnel

### Soutien aux enfants

## Demande de supplément pour enfant handicapé

Un enfant a droit au supplément pour enfant handicapé s'il a une **déficience** ou un **trouble du développement** qui le limite de façon importante dans ses activités de la vie quotidienne, pendant une période prévisible d'**au moins un an**.

Pour connaître les critères d'admissibilité au supplément pour enfant handicapé, vous pouvez visiter le site Internet de la Régie des rentes du Québec à l'adresse [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca), ou communiquer avec nous (voir les coordonnées à la page 8).

Notez que :

- L'anomalie qui cause la **déficience** doit être confirmée par des signes objectifs à l'examen physique, par des tests biologiques ou par l'imagerie médicale.
- Pour les **troubles du développement**, des critères d'admissibilité centrés sur l'importance de l'écart à la moyenne selon l'âge s'appliquent. Les résultats d'évaluation et de tests standardisés situant l'enfant par rapport à ses pairs sont exigés pour appuyer le diagnostic et doivent être fournis à l'appui de la demande.
- Les résultats doivent être rapportés en mesures relatives (centiles, écarts types, quotient ou âge équivalent) et non en données brutes. L'intervalle de confiance doit être mentionné.
- Le handicap doit être **attesté par un membre d'un ordre professionnel** dans un rapport qui décrit les capacités et incapacités de l'enfant, les mesures de soutien requises, le traitement mis en place et les recommandations appropriées.

## Documents à fournir par le professionnel

Pour les catégories de handicap suivantes, vous n'avez pas de document supplémentaire à joindre à la **Partie du professionnel**.

- **Alimentation et digestion**
- **Fonctions cardiaque et vasculaire**
- **Fonctions rénale et urinaire**
- **Néoplasies**  
Note : ne pas oublier d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, la nature et le stade de la lésion.
- **Vision**

Pour les catégories de handicap suivantes, **vous devez joindre à la Partie du professionnel** les documents énumérés ci-dessous.

**Si vous ne pouvez nous envoyer les rapports des évaluations qui ont été faites, veuillez en aviser les parents afin qu'ils fassent les démarches pour les obtenir.**

LES DÉFICIENCES	
Catégories de handicap	Documents supplémentaires à fournir par le professionnel
<b>Allergies alimentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Tests d'allergies récents et leur interprétation</li></ul> <p>Note : ne pas oublier d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, la description des manifestations allergiques.</p>
<b>Anomalies du système immunitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Tests de laboratoire récents</li><li>■ Suivi médical de la dernière année en immunologie</li></ul>
<b>Anomalies métaboliques ou héréditaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Tests de laboratoire confirmant le diagnostic</li></ul>

## LES DÉFICIENCES (suite)

Catégories de handicap	Documents supplémentaires à fournir par le professionnel
<b>Anomalies du système nerveux</b>	<p><b>Gilles de la Tourette</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation initiale en pédopsychiatrie et/ou en neurologie si disponible</li> <li>■ Copie des notes d'évolution de la dernière année en pédopsychiatrie et/ou en neurologie si l'enfant est suivi dans ces spécialités.</li> </ul> <p>Note : ne pas oublier d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, la description des tics.</p> <p><b>Épilepsie</b></p> <p>Note : ne pas oublier d'indiquer, à la section 2.1 du formulaire, le type et la fréquence des crises ainsi que la date de la dernière crise.</p> <p><b>Pour toutes les autres anomalies du système nerveux, vous n'avez pas de document à joindre à votre Partie du professionnel.</b></p>
<b>Appareil locomoteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation en physiothérapie</li> <li>■ Évaluation en ergothérapie</li> <li>■ Dans les cas d'arthrite : copie des notes d'évolution en rhumatologie des 12 derniers mois si l'enfant est suivi dans cette spécialité</li> </ul>
<b>Audition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Audiogramme</li> </ul>
<b>Fonction respiratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tests de fonction respiratoire récents, si disponibles</li> </ul>
<b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Résultat de l'examen du caryotype</li> </ul>

## LES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

Catégories de handicap	Documents supplémentaires à fournir par le professionnel
<b>Déficience intellectuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dernière évaluation intellectuelle, y compris les résultats des tests de QI et leur interprétation</li> <li>■ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : ÉQCA ou Vineland) si disponible</li> </ul>
<b>Retard psychomoteur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation multidisciplinaire comprenant notamment, si disponibles, les rapports en : <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">■ ergothérapie</li> <li style="width: 50%;">■ orthophonie</li> <li style="width: 50%;">■ physiothérapie</li> <li style="width: 50%;">■ psychologie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Troubles du comportement et autres troubles psychoaffectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation en psychologie si disponible</li> <li>■ Évaluation et suivi des 12 derniers mois en pédopsychiatrie si disponibles</li> </ul>
<b>Troubles du langage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation complète et récente en orthophonie</li> <li>■ Évaluation intellectuelle récente si disponible</li> <li>■ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : ÉQCA ou Vineland) si disponible</li> </ul>
<b>Troubles envahissants du développement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation complète en pédopsychiatrie</li> <li>■ Évaluation des comportements adaptatifs (ex. : ÉQCA ou Vineland) si disponible</li> </ul>

**Si vous ne pouvez nous envoyer les rapports des évaluations qui ont été faites, veuillez en aviser les parents afin qu'ils fassent les démarches pour les obtenir.**

**Partie du professionnel**

**SECTION 1 À remplir par le parent**

Numéro d'assurance sociale du parent

--	--	--

**1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance						
		<table border="1"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">année</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_
année	mois	jour						
_	_	_						

**1.2 Autorisation de communiquer des renseignements personnels**

J'autorise les professionnels qui ont évalué ou traité mon enfant à communiquer à la Régie des rentes du Québec les renseignements nécessaires à l'évaluation de son admissibilité au supplément pour enfant handicapé.

Nom du parent \_\_\_\_\_

Signature du parent \_\_\_\_\_ Date 

année	mois	jour
_	_	_

Mère     Père     Tuteur

Note : Seulement la mère, le père ou le tuteur peut signer l'autorisation de communiquer des renseignements personnels sur l'enfant.

**SECTION 2 À remplir par le professionnel**

**2.1 Diagnostics**

**À remplir pour tous les handicaps**

Diagnostics	Date du diagnostic	Date du début de l'investigation												
	<table border="1"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td><td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_	<table border="1"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td><td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_
année	mois	jour												
_	_	_												
année	mois	jour												
_	_	_												
	<table border="1"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td><td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_	<table border="1"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td><td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_
année	mois	jour												
_	_	_												
année	mois	jour												
_	_	_												
	<table border="1"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td><td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_	<table border="1"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td><td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr> </table>	année	mois	jour	_	_	_
année	mois	jour												
_	_	_												
année	mois	jour												
_	_	_												

Date de la dernière visite pour services professionnels d'évaluation, de suivi, ou de thérapie 

année	mois	jour
_	_	_

Fréquence des visites \_\_\_\_\_

**Éléments objectifs**

Poids	Taille	Mesurés en date du <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">année</td><td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td><td style="text-align: center;"> _ </td></tr></table>	année	mois	_	_	Prématurité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Âge de gestation <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">semaines</td></tr><tr><td style="text-align: center;"> _ </td></tr></table>	semaines	_
année	mois									
_	_									
semaines										
_										

Signes pertinents observés :  Décrire la déficience, la malformation ou l'anomalie  
 Décrire les crises, noter leur fréquence et la date de la dernière crise (épilepsie, allergie, asthme, etc.)  
 Décrire les tics (Gilles de la Tourette)       Néoplasie : nature et stade de la lésion

---

---

---

---

---

---

---

---

Note : Vous pouvez joindre une page supplémentaire si nécessaire.

Tests biologiques ou imagerie médicale confirmant le diagnostic : \_\_\_\_\_

L'enfant a un retard dans l'acquisition des concepts préscolaires ou des connaissances scolaires.     Oui     Non

## 2.2 Traitements et recommandations À remplir pour tous les handicaps

Oui Non

L'enfant est suivi ou traité régulièrement par des spécialistes médicaux ou paramédicaux.

Spécialité \_\_\_\_\_ Depuis \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Durée prévisible \_\_\_\_\_  
année mois

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales

Déjà faites \_\_\_\_\_ Prévues \_\_\_\_\_  
année mois date ou âge

\_\_\_\_\_

L'enfant prend une médication régulière

Depuis \_\_\_\_\_ Nom, dose totale quotidienne \_\_\_\_\_ continue discontinuée \_\_\_\_\_  
année mois mois/année

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalisations ou décompensations sévères durant la dernière année

Date \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_  
année mois jours

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant reçoit une oxygénothérapie quotidienne à domicile.

Il reçoit une radiothérapie ou une chimiothérapie. Si oui, depuis \_\_\_\_\_  
année mois

Il a besoin d'accessoires adaptés ou d'aide exceptionnelle pour boire, s'alimenter et s'habiller ou pour les soins d'hygiène.  
 Précisez : \_\_\_\_\_

Il a besoin d'un accompagnateur pour fréquenter la garderie ou l'école.  
 Décrivez le type d'accompagnement, le rôle de l'accompagnateur et précisez le nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il fréquente un centre de jour psychiatrique, ou une école adaptée ou une classe adaptée.  
 Précisez : \_\_\_\_\_

L'état de l'enfant peut s'améliorer. Si oui, la Régie devrait le réévaluer vers \_\_\_\_\_ ou à l'âge de : \_\_\_\_\_  
année mois

## 2.3 Renseignements complémentaires

### 2.3.1 Prématurité

Ne s'applique pas

Âge de gestation \_\_\_\_\_ sem. Poids à la naissance \_\_\_\_\_ kg Durée de l'hospitalisation initiale \_\_\_\_\_ sem.

#### Complications relatives à la prématurité :

Pulmonaire :  Membranes hyalines  Pneumothorax  Hémorragie pulmonaire  Dysplasie BP

Cardiaque :  Canal artériel  Autres : \_\_\_\_\_

Digestive :  HAIV  Gavages \_\_\_\_\_ (durée prévue)  Entérocolite nécrosante  Retard de croissance

Neurologique :  HIV : grade \_\_\_\_\_  Leucomalacie  DMC

Ophtalmologique :  Rétinopathie : grade \_\_\_\_\_

Débalancement métabolique : \_\_\_\_\_

Retard global de développement (indiquer le quotient de développement, Griffiths ou autre) : \_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2.3.2 Déficience visuelle

Aucune

Acuité mesurée aux deux yeux simultanément, après correction \_\_\_\_\_ Date de l'examen : \_\_\_\_\_  
année mois jour

Méthode :  Fixation  Allen  Snellen  Autre \_\_\_\_\_

Évaluation incertaine, à réévaluer à l'âge de \_\_\_\_\_

Potentiels évoqués visuels \_\_\_\_\_  Électrorétinogramme \_\_\_\_\_

Le champ de vision des deux yeux mesuré alors que le sujet fixe un point central :

normal  non évalué  mesure \_\_\_\_\_ degrés dans son plus grand diamètre

Oui Non

L'enfant porte des lentilles cornéennes en raison d'une aphakie bilatérale. Si oui, depuis \_\_\_\_\_  
année mois

Il a une occlusion  OS  OD \_\_\_\_\_ h / jour Durée prévue \_\_\_\_\_  
mois

Il utilise des moyens adaptés pour étudier :  manuels spécialisés  documents audio  
 appareils grossissants  braille  autres \_\_\_\_\_

Il a besoin d'aide pour ses déplacements. Décrivez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (services spécialisés, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note : Vous pouvez joindre une page supplémentaire si nécessaire.

### 2.3.3 Déficience auditive

Aucune

**Joindre un audiogramme récent à la demande.**

Si l'évaluation de l'audition est faite autrement que par audiogramme, les renseignements qui permettent d'apprécier la fiabilité de la méthode doivent être fournis.

Première évaluation faite le \_\_\_\_\_ par  audiogramme  autre méthode \_\_\_\_\_  
année mois jour

Oui Non

L'enfant a un implant cochléaire. Chirurgie à l'âge de \_\_\_\_\_

Malgré le port de ses prothèses auditives ou de son implant cochléaire, il ne peut utiliser les appareils d'usage courant s'ils ne sont pas adaptés. Spécifiez lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il est suivi en orthophonie pour un problème de langage en relation avec sa déficience auditive.

Il fréquente une école ou une classe spécialisée pour les sourds ou est intégré en classe régulière avec des mesures de soutien. Précisez quelle mesure (interprète, éducateur spécialisé, preneur de notes, autre) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il porte ses prothèses auditives. Si non, indiquez pourquoi. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le langage gestuel est nécessaire à l'enfant pour interagir avec une personne non familière.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note : Vous pouvez joindre une page supplémentaire si nécessaire.

**2.3.4 Limitations motrices** (appareillage et transport adapté) Aucune

Oui Non

- L'enfant doit utiliser un fauteuil roulant.
- Il porte une ou des orthèses : type \_\_\_\_\_  le jour  la nuit
- Il a des limitations motrices qui l'empêchent de marcher jusqu'à l'école ou jusqu'à l'arrêt d'autobus.
- Il a besoin d'assistance ou de rampes pour utiliser les escaliers selon son âge.
- Il a besoin d'une aide technique pour le positionnement, les déplacements ou la réalisation des activités de la vie quotidienne. Décrivez : \_\_\_\_\_
- Il a besoin d'un transport adapté ou de modifications architecturales du domicile ou du milieu éducatif.
- Il a une atteinte à un membre supérieur qui entraîne une préhension inefficace d'une main ou empêche les activités de la vie quotidienne bimanuelles.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap : \_\_\_\_\_

---



---



---

**2.3.5 Limitations cardio-respiratoires** Aucune

Oui Non

- L'enfant a des signes ou symptômes qui limitent les activités quotidiennes habituelles à cet âge :  
 au repos  à la marche  en montant l'escalier  à la course
- Il a des restrictions médicalement prescrites à éviter :  
 toute activité sportive  sports de compétition  sports de contact  
 autres \_\_\_\_\_
- Il a un syndrome restrictif et sa capacité vitale est inférieure à 50 %. \_\_\_\_\_ C.V. %
- Il y a présence d'irritants respiratoires évitables dans son environnement.  Je l'ignore  
 Si oui, précisez (tabac, animaux, etc.) : \_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (effets secondaires des médicaments, etc.) :

---



---



---

**2.3.6 Limitations pour l'alimentation et l'excrétion** Aucune

Oui Non

- |                          |                          | Depuis | Durée prévisible |
|--------------------------|--------------------------|--------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |                  |
- L'enfant est alimenté par un tube de gavage.
- Il a une stomie, type \_\_\_\_\_
- Il nécessite l'usage quotidien d'un cathéter vésical.
- Il a une insuffisance rénale chronique et subit une dialyse.
- Il a une incontinence diurne (anormale pour l'âge)  fécale  urinaire qui requiert des soins quotidiens.  
 Si oui, décrivez les soins ou les fournitures nécessaires. \_\_\_\_\_
- Il doit suivre une diète comportant des restrictions majeures. Si ces restrictions résultent d'allergies, fournissez les résultats des tests et décrivez les manifestations allergiques pour chacun des aliments en cause.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (effets secondaires des médicaments, etc.) :

---



---



---

### 2.3.7 Retard psychomoteur ou cognitif

Aucun

Oui Non

- L'enfant a moins de 5 ans et présente un retard de développement qui correspond à moins de la moitié de l'âge chronologique. Quotient de développement : \_\_\_\_\_
- L'enfant :  rampe  marche  mange seul  a acquis la continence diurne  
Langage parlé :  aucun  quelques mots  exprime ses besoins
- L'enfant a une déficience intellectuelle. Si oui, **veuillez nous envoyer les résultats des tests de QI** (en mesures relatives) et leur interprétation quant au fonctionnement scolaire et social, ainsi que les résultats, si disponibles, de l'évaluation des **comportements adaptatifs** selon une échelle reconnue (ex. : ÉQCA ou Vineland).
- L'enfant a des difficultés suffisantes pour compromettre son autonomie dans les domaines suivants :  
 la motricité globale  le langage expressif  les interactions sociales  
 la motricité fine  le langage réceptif  autre
- L'enfant a un retard dans l'acquisition des concepts préscolaires ou des connaissances scolaires.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (conséquences sur les activités de la vie quotidienne et les apprentissages) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note : Vous pouvez joindre une page supplémentaire si nécessaire.

### 2.3.8 Troubles du langage

Aucun

Oui Non

- L'enfant vit dans un contexte multilingue.  
Langues parlées : dans son milieu familial \_\_\_\_\_ dans le voisinage \_\_\_\_\_  
pour la scolarisation \_\_\_\_\_ pour l'évaluation orthophonique \_\_\_\_\_
- L'enfant est la plupart du temps incompréhensible (en tenant compte de la forme, du contenu et de l'utilisation, de même que des observations recueillies en contexte d'échange) :  
 pour sa famille  pour ses pairs  pour un adulte non familial
- Le langage oral de l'enfant peut être évalué de façon formelle.
- Si la réponse est négative, précisez la raison et joignez un rapport descriptif :**
- Mutisme, langage parlé absent ou très rudimentaire.  
 Utilisation d'un langage signé, de pictogrammes ou autres moyens de suppléance à la communication.  
 Compréhension du langage très limitée et contextuelle.  
 Autres (collaboration, etc.) : \_\_\_\_\_

**Si la réponse est positive, veuillez nous envoyer le rapport complet d'évaluation des aspects réceptifs et expressifs du langage de l'enfant**, y compris les résultats aux tests standardisés en mesures relatives (centiles, écarts types ou âge équivalent), et non en données brutes. L'intervalle de confiance doit être mentionné. L'interprétation des résultats doit tenir compte de l'attitude de l'enfant et de son rendement lors de la passation des tests, ainsi que des répercussions sur son fonctionnement scolaire et social.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (conséquences sur les activités de la vie quotidienne et les apprentissages) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note : Vous pouvez joindre une page supplémentaire si nécessaire.

### 2.3.9 Troubles du comportement et autres troubles psychoaffectifs

Aucun

Oui Non

- L'enfant a des intérêts restreints et stéréotypés, des rituels inflexibles.
- Il a un contact visuel pauvre, une réciprocité émotionnelle absente ou restreinte.
- Il participe à des jeux avec d'autres enfants.
- Il a un faible jugement social ou des réactions et des comportements inappropriés pour son âge, selon les règles sociales explicites ou tacites de son milieu culturel.
- Il a fréquemment des comportements hostiles ou violents envers les autres.
- Il peut jouer dans la maison, la cour ou le voisinage avec une supervision adaptée à son âge.
- Il y a présence de stressseurs environnementaux ou familiaux qui ont actuellement une influence négative sur le fonctionnement global de l'enfant.

Autres renseignements pouvant être utiles à l'évaluation du handicap (conséquences sur les activités de la vie quotidienne et les apprentissages) :

---

---

---

---

---

Note : Vous pouvez joindre une page supplémentaire si nécessaire.

### 2.4 Signature

Nom de famille		Prénom		Profession	
Adresse				Numéro de licence	
Ville		Province		Code postal	
Téléphone <small>ind. rég.</small>		autre <small>ind. rég.</small>		poste	
Signature				Date <small>année mois jour</small>	

### IMPORTANT

Vous devez :

- Nous faire parvenir la **Partie du professionnel**, le plus rapidement possible, dans l'enveloppe ci-jointe ou à l'adresse ci-dessous.
- **Joindre tous les documents demandés** (rapports, évaluations, résultats de tests et notes de suivi). Afin de vous assurer d'avoir joint tous les documents utiles, veuillez vous référer au tableau **Documents à fournir par le professionnel** aux pages 1 et 2 du présent formulaire.

Pour plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé :

Régie des rentes du Québec  
Case postale 7777  
Québec (Québec) G1K 7T4

Région de Québec : (418) 643-3381  
Région de Montréal : (514) 864-3873  
Ailleurs au Québec : 1 800 667-9625

Internet : [www.rrq.gouv.qc.ca](http://www.rrq.gouv.qc.ca)