

1. Personne assurée

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION Année Mois	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------	--

2. Type d'aide technique

Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant motorisé
 Poussette
 Base de positionnement
 Aide à la posture
 Coussin
 C.S.

3. Nature de la demande

Appareil actuel (s'il y a lieu)	Numéro de série
<input type="checkbox"/> Achat initial <input type="checkbox"/> Remplacement <input type="checkbox"/> Coût estimé des réparations supérieur à 80 % du prix d'achat <input type="checkbox"/> Croissance <input type="checkbox"/> Changement de l'état physique*	* Expliquez

4. Admissibilité

La personne assurée est admissible à l'aide technique demandée en vertu de l'article suivant : *(Se référer aux extraits du règlement au verso de cette feuille.)*

Article 51, paragraphe : 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°
 Article 53, paragraphe : 1° 2° 3° Article 55 Article 56
 Article 52, pour les clients hébergés en CHSLD public ou conventionné
 Besoin spécial par rapport au fauteuil roulant* Aide non disponible dans l'établissement Personne autonome pour propulser
* Précisez

<input type="checkbox"/> Article 50, deuxième appareil : <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Études Justification	<input type="checkbox"/> Article 51.7, deuxième appareil : Précisez
--	--

Article 54, paragraphe : 1° 2° Justification

5. Diagnostic et conditions associées

6. Incapacité à la marche telle que la personne requiert une aide à la locomotion

Description de l'incapacité à la marche et fréquence d'utilisation d'une aide à la locomotion

7. Incapacité à propulser un fauteuil roulant manuel telle que la personne requiert un fauteuil roulant motorisé

Description de l'incapacité des membres supérieurs et fréquence d'utilisation du fauteuil roulant

8. Description des troubles posturaux justifiant l'usage d'une aide à la posture

9. Signatures

ÉTABLISSEMENT OÙ A LIEU LA PRÉSENTE ÉVALUATION	ERGOTHÉRAPEUTE OU PHYSIOTHÉRAPEUTE SIGNATURE	TÉLÉPHONE	MÉDECIN	N° DU PROFESSIONNEL
		ANNÉE MOIS JOUR	SIGNATURE	ANNÉE MOIS JOUR
ÉTABLISSEMENT QUI DISTRIBUE L'AIDE	LA PERSONNE REPRÉSENTANT LE SERVICE D'AIDES TECHNIQUES J'atteste que la personne assurée susmentionnée satisfait aux exigences du Programme d'appareils suppléant à une déficience physique et requiert l'aide technique demandée.			ANNÉE MOIS JOUR
SIGNATURE				

1. Personne assurée

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION Année Mois	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------	--

2. Motif de référence

3. Incapacité à la marche

Incapacité des membres inférieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire	Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Échelle : 0 à 5	Nul	Limité	Fonct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tolérance		Équilibre			Risque de chute		
	Durée	minutes	Nul	Précaire	Fonct.	Nul	Modéré	Élevé
Assis(e) sans appui	Durée	minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis(e) avec appui	Durée	minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout sans appui	Durée	minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout avec appui	Durée	minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amputation membre inférieur	Niveau	Appareillage
------------------------------------	--------	--------------

Bilan de l'atteinte fonctionnelle à la marche

Marche avec aide sur mètres Accompagnateur Aide technique

Vitesse de marche non fonctionnelle Marche limitée par l'endurance Marche impossible sur terrain accidenté Non ambulant

Aide technique utilisée actuellement :

Prothèse(s) Orthèse(s) Canne/béquilles Canne quadripode Cadre de marche Poussette

Fauteuil roulant à propulsion manuelle Fauteuil roulant à propulsion motorisée Autre :

Précisions

4. Incapacité/capacité de propulsion

Incapacité des membres supérieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire	Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Échelle : 0 à 5	Nul	Limité	Fonct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capacité de propulsion d'un fauteuil roulant manuel

Diminution de l'endurance après minutes Mode de propulsion actuel :

Propulsion non autonome Incapable de franchir petit seuil ou dénivellation Propulsion impossible à l'extérieur du domicile

Propulsion impossible sur terrain accidenté Douleur causée par les mouvements répétitifs

Vitesse de propulsion non fonctionnelle (..... mètres/minute)

Précisions

Personne assurée

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION Année Mois	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------	--

5. Troubles posturaux

Description

6. Autres problèmes

Description (sensibilité, douleur, plaie)

7. Activités de la vie quotidienne (AVQ) et environnement

A. Au quotidien			Précisez :	
	Autonomie	Avec aide		Avec équipement
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Moyen de transport habituel			Précisez :	
<input type="checkbox"/> Automobile	→	<input type="checkbox"/> Adaptée		<input type="checkbox"/> Non adaptée
<input type="checkbox"/> Fourgonnette	→	<input type="checkbox"/> Adaptée		<input type="checkbox"/> Non adaptée
<input type="checkbox"/> Conducteur				
<input type="checkbox"/> Passager				
<input type="checkbox"/> Transport public adapté				
<input type="checkbox"/> Transport scolaire adapté				
C. Environnement			Précisez :	
	Accessible	Non accessible		
Domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
École	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

8. Mode de propulsion ou de conduite du fauteuil roulant

Propulsion manuelle, précisez : _____

Propulsion motorisée, précisez : _____

9. Mesures anthropométriques

	Gauche	Droit		Gauche	Droit
A			F		
B			G		
C			H		
D			J		
E			K		
Poids			Taille		

10. Signatures

ÉTABLISSEMENT OÙ A LIEU LA PRÉSENTE ÉVALUATION	ERGOTHÉRAPEUTE OU PHYSIOTHÉRAPEUTE	TÉLÉPHONE
	SIGNATURE	ANNÉE MOIS JOUR
ÉTABLISSEMENT QUI DISTRIBUE L'AIDE	ERGOTHÉRAPEUTE OU PHYSIOTHÉRAPEUTE DU SERVICE D'AIDES TECHNIQUES	ANNÉE MOIS JOUR
	SIGNATURE	

1. Personne assurée

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION Année Mois	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	PRÉNOM	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------	--

2. Déficiences et incapacités justifiant le composant en c.s.

Faible contrôle de la tête
 Incapacité importante de contrôle postural et de tonus musculaire
 Déficience circulatoire et oedème important
 Plaies de pression
 Incapacité à maintenir de façon prolongée la position assise sans variation de position (fatigabilité, douleur)
 Troubles de déglutition
 Troubles respiratoires
 Troubles de vidange vésicale
 Précisez

3. Milieu de vie actuel

Domicile
 Vit seul
 Vit avec sa famille
 Vit en famille d'accueil
 Autre
 Nombre d'heures :
 de service passées seul(e) assis(e) dans un fauteuil roulant
 du CLSC heures par jour (24 heures) heures par jour (24 heures) .heures
 En hébergement (article 52) (précisez le degré d'activité de la personne)

L'environnement est-il adapté?

Oui
 Partiellement
 Non

Précisez :

4. Composant recommandé en c.s.

Dossier inclinable
 manuel
 motorisé
 Appuie-jambes élévateurs motorisés
 Bascule motorisée de l'ensemble siège-dossier
 Autre

5. Justification du composant recommandé en c.s.

6. Signatures

ÉTABLISSEMENT OÙ A LIEU LA PRÉSENTE ÉVALUATION	ERGOTHÉRAPEUTE OU PHYSIOTHÉRAPEUTE	TÉLÉPHONE
	SIGNATURE	ANNÉE MOIS JOUR
ÉTABLISSEMENT QUI DISTRIBUE L'AIDE	ERGOTHÉRAPEUTE OU PHYSIOTHÉRAPEUTE DU SERVICE D'AIDES TECHNIQUES	TÉLÉPHONE
	SIGNATURE	ANNÉE MOIS JOUR

Extraits du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique

Article 50. Est assuré un seul appareil à l'égard d'une même personne assurée; de même, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce seul appareil.

Malgré le premier alinéa, sujet à l'autorisation préalable de la Régie, une aide à la locomotion et à la posture additionnelle autre qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, avec ses composants et compléments, ou un composant additionnel d'un tel appareil est assuré lorsque l'appareil est requis pour des activités spécifiques essentiellement reliées à des fins d'études reconnues ou à des activités professionnelles.

Article 51. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au présent Titre, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée hémiparalysée avec trouble de position ou d'équilibre;
- 2° à une personne assurée parapalysée;
- 3° à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe à un niveau autre que les niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;
- 4° à une personne assurée qui a subi une amputation fémorale bilatérale, coxofémorale bilatérale ou une hémipelvectomie bilatérale;
- 5° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des membres inférieurs dans les cas de troubles spastiques, d'ataxie ou d'athétose;
- 6° à une personne assurée atteinte de troubles fonctionnels qui empêchent de façon permanente l'utilisation de ses membres inférieurs;
- 7° à une personne assurée qui présente une déficience dégénérative du système musculo-squelettique, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 53 et qui a besoin d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger pour conserver ses capacités résiduelles, lesquelles toutefois la rendent encore capable d'utiliser un tel fauteuil de façon autonome.

Article 52. Malgré les articles 38 et 51, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au présent Titre, n'est pas assuré s'il est fourni à une personne assurée hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou, si tel est le cas, dans un centre hospitalier de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuits (L.R.Q., c. S-5) dans la mesure où cette dernière loi vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Toutefois, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, son composant ou son complément, est assuré, même s'il est fourni à une telle personne assurée, s'il est démontré, au moyen d'une évaluation réalisée par les personnes visées à l'article 72, qu'aucun fauteuil roulant faisant partie de l'inventaire de tel établissement privé conventionné, de l'établissement public qui exploite un tel centre d'hébergement ou de tel centre hospitalier, selon le cas, ne peut être utilisé de façon autonome par la personne assurée en raison d'une incapacité particulière et que seule l'utilisation de façon autonome d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle lui permettra de maintenir ou de développer sa capacité de se déplacer.

Article 53. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion motorisée, ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au présent Titre, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe aux niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;
- 2° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des deux membres supérieurs et d'au moins un membre inférieur;
- 3° à une personne assurée qui présente, depuis plus de six mois, une insuffisance sévère au plan cardio-vasculaire ou cardio-respiratoire associée à une déficience physique au sens du présent Titre, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 51, qui est encore capable d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée et pour qui ce fauteuil est requis parce qu'elle est rendue incapable, en raison de cette insuffisance et de cette déficience, d'actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, et ce, malgré un traitement médical optimal.

Article 54. Malgré l'article 38, une poussette du type « Buggy Major », ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au présent Titre, n'est assuré que si l'appareil est fourni dans les cas suivants :

- 1° à une personne assurée ayant une incapacité permanente et sévère, âgée de moins de trois ans mais d'au moins un an qui requiert une aide technique à la posture personnalisée;
- 2° à une personne assurée âgée de trois ans et plus mais dont le poids ne dépasse pas 63 kg.

Seuls sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation d'une poussette du type « Buggy Major », de ses composants ou compléments, fournis dans les mêmes cas.

Article 55. Malgré l'article 38, un appareil apparaissant à une énumération figurant à la Section II ou à la Section III de la Partie I du Chapitre V, ou l'un de ses composants ou compléments, n'est assuré que si l'appareil est fourni à un bénéficiaire qui requiert une aide technique à la posture personnalisée.

Ne sont assurés que le service d'ajustement et le service de réparation de ces seuls appareils, de leurs composants ou compléments, fournis dans le même cas.

Article 56. Malgré l'article 38, n'est assurée l'aide à la posture apparaissant à une énumération figurant au présent Titre que lorsqu'elle est fournie à une personne assurée visée à l'article 51 ou à l'article 53, et à qui appartient un fauteuil roulant assuré ou à qui est fourni un fauteuil roulant non assuré par un établissement visé à l'article 52 dans lequel elle est hébergée.

Le premier alinéa ne s'applique pas quant à la possession du fauteuil roulant, dans le cas d'une aide technique à la posture personnalisée, dans la situation visée au premier alinéa de l'article 55.