

Installation :

Dossier :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

☐ F ☐ M

NAM :

Exp :

Nom de la mère :

BILAN DES SERVICES RÉADAPTATION POST-AVC

INFORMATION GÉNÉRALES

- Date de l'AVC : aaaa-mm-jj
- Diagnostic d'AVC : aaaa-mm-jj
- Date de début des services de réadaptation post-AVC : aaaa-mm-jj
- Date de fin des services de réadaptation post-AVC : aaaa-mm-jj
- Coordonnateur clinique à contacter : au poste

MOTIFS DE FIN DE SERVICES EN RÉADAPTATION POST-AVC

- ☐ Atteinte d'un plateau thérapeutique
- ☐ Aucune autre intervention requise
- ☐ Cessation reliée à l'atteinte des objectifs
- ☐ Cessation des services suite à la demande de l'utilisateur
- ☐ Conditions médicales limitant la réadaptation
- ☐ Autres :

RECOMMANDATIONS INTERDISCIPLINAIRES ESSENTIELLES À LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DE L'USAGER

-
-

SERVICES SPÉCIALISÉS

- ☐ **Technologie des communications**
 - Vous êtes référé au *Programme d'accès aux technologies et aux communications* (PATcom) en lien avec vos besoins de soutien au niveau de la communication. Vous êtes actuellement sur la liste d'attente. Vous serez contacté lors de la prise en charge de votre dossier pour l'évaluation et l'essai d'aides technologiques à la communication
Au besoin, voici les coordonnées de la personne à contacter : Coordonnateur clinique : 450 676-7447, poste # 2652
- ☐ **Conduite automobile**
 - Vous êtes référé au programme d'évaluation de la conduite automobile ; vous êtes actuellement sur la liste d'attente. Vous serez contacté lors de la prise en charge de votre dossier.
Au besoin, voici les coordonnées de la personne à contacter : Agente 450 676-7447, poste 2712
- ☐ **Déficience auditive**
 - Vous êtes référé au programme de déficience auditive ; vous êtes actuellement sur la liste d'attente. Vous serez contacté lors de la prise en charge de votre dossier. Au besoin, voici les coordonnées de la personne à contacter : Coordonnateur clinique : 450 676-7447, poste 2525

#Dossier :

☐ Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) • Vous êtes référé à l'INLB afin d'obtenir des services en déficiences visuelles ; L'établissement vous contactera sous peu pour évaluer vos besoins. Téléphone : 450-463-1710	☐ Autres	
Nom :	Titre :	Téléphone :

SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

☐ Services soutien à domicile (SAD) - Vous êtes référé au CLSC de votre région afin d'obtenir des services de maintien à domicile ; le CLSC vous contactera sous peu pour évaluer vos besoins. - Intervenant pivot au SAD lorsque connu : Nom : Titre : Téléphone :												
☐ Service des aides techniques - Vous êtes référé au Service des aides techniques vous serez contacté pour la prise de rendez-vous, la date d'évaluation et la livraison - Items recommandés : - - - Au besoin, voici les coordonnées de la personne à contacter : Agente : 450 676-7447, poste 2610												
☐ Services médicaux <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">• Médecin de famille :</td> <td style="width: 50%;">Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj</td> </tr> <tr> <td>• Neurologue :</td> <td>Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj</td> </tr> <tr> <td>• Psychiatre :</td> <td>Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj</td> </tr> </table>			• Médecin de famille :	Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj	• Neurologue :	Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj	• Psychiatre :	Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj				
• Médecin de famille :	Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj											
• Neurologue :	Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj											
• Psychiatre :	Prochain rendez-vous : aaaa-mm-jj											
- Si vous n'avez pas de rendez-vous fixé, nous vous suggérons très fortement de prendre rendez-vous avec votre médecin de famille pour votre suivi médical - Si vous n'avez pas de médecin de famille, il est important de vous inscrire sur la liste d'attente du <i>Guichet d'accès à un médecin</i> de famille en consultant la page internet suivante : www.gamf.gouv.qc.ca												
☐ Déplacements dans la communauté <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;"> ☐ Transport adapté : Référence complétée le : _____ </td> <td style="width: 30%;">par : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Informations remises ☐ Oui ☐ Non</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td> ☐ Vignette de stationnement : Référence complétée le : _____ </td> <td>par : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Informations remises ☐ Oui ☐ Non</td> </tr> </table>			☐ Transport adapté : Référence complétée le : _____	par : _____	Informations remises ☐ Oui ☐ Non				☐ Vignette de stationnement : Référence complétée le : _____	par : _____	Informations remises ☐ Oui ☐ Non	
☐ Transport adapté : Référence complétée le : _____	par : _____											
Informations remises ☐ Oui ☐ Non												
☐ Vignette de stationnement : Référence complétée le : _____	par : _____											
Informations remises ☐ Oui ☐ Non												

Dossier :

Nom, Prénom :

Date de naissance : - ☐ F ☐ M

NAM :

Exp : -

Nom de la mère :

☐ **Soutien communautaire**

- ☐ Préparation des repas (ex : Popotte roulante)
- ☐ Soins d'hygiène
- ☐ Soutien à l'entretien ménager – 65 ans et plus
- ☐ Soutien à l'entretien ménager – 65 ans et moins

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

Se référer à l'accueil psychosocial de votre CLSC

☐ Accompagnement transport : rendez-vous médicaux

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

☐ Autres :

☐ **Groupe de soutien dans la communauté**

☐ La vie après un AVC

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

☐ Groupe d'exercices

Informations remises ☐ Oui ☐ Non

☐ Association/organisme :

•

☐ **Autres**

DEMANDE DE RÉÉVALUATION

☐ **Suite à un épisode de réadaptation en déficience physique (Unité fonctionnelle de réadaptation (URFI), Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en externe)**

- Pour une réactivation du dossier en réadaptation dans la prochaine année, contacter le Coordonnateur clinique au poste
- Au-delà de cette période, vous devez faire une nouvelle demande au guichet d'accès unique du CISSMO. Par la poste : 27, rue Goodfellow, Delson (Québec), J5B 1V
Par courriel : guichet-acces.di-tsa-dp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
Téléphone sans frais : 1 833 364-0944, Téléphone : 450 635-4779, Télécopieur : 450 635-1865

☐ **Suite à un épisode de réadaptation en santé physique (URFI SP)**

- Pour obtenir des services de réadaptation suite à votre épisode en Unité fonctionnelle de réadaptation en santé physique (URFI SP), **contacter le guichet d'accueil de votre CLSC**

Signature et titre

N° de pratique

aaaa-mm-jj