

Nom :

Prénom :

#Dossier :

OBJECTIFS DE LA DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSS	
☐ Essai d'équipement ☐ Équipement déjà sur place ☐ Équipement doit être apporté par l'ASSS désigné	ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS POUR LA SALLE DE BAIN ☐ Bain ☐ Douche ☐ Tabouret de douche ☐ Chaise de transfert ☐ Planche de bain ☐ Chaise de bain ☐ Banc de bain ☐ Barre d'appui ☐ Brosse long manche ☐ Spécifiez :
	ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS À L'HABILLAGE ☐ Enfile-bas ☐ Enfile-soulier ☐ Spécifiez le type de bas et l'aide technique appropriée :
	ÉQUIPEMENTS RECOMMANDÉS POUR LA TOILETTE ☐ Siège surélevé Hauteur : Appui-bras : ☐ Oui ☐ Non ☐ Barre d'appui ☐ Spécifiez :
	☐ Accompagnement ☐ Utilisation sécuritaire des aides techniques recommandées : ☐ Utilisation de techniques compensatoires : ☐ À l'habillage : ☐ Au transfert : ☐ À l'autonomie à l'hygiène :
	☐ Autre ☐ Spécifiez :

Commentaires du professionnel :
--

Nom du professionnel : _____

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____

aaaa/mm/jj

OBSERVATIONS DE L'ASSS DÉSIGNÉ À LA SUITE DE LA DEMANDE DE VISITE	
Date de la visite initiale :	Nom de l'ASSS désigné :
Observation de l'ASSS :	
☐ Voir note I-CLSC	
Date de la visite subséquente :	Nom de l'ASSS désigné :
Observation de l'ASSS :	
☐ Voir note I-CLSC	