



MOCLI60101

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

RECOMMANDATION PRÊT D'ÉQUIPEMENT CLSC

Ce formulaire est rempli afin de recommander un équipement en prêt à court terme (maximum 3 mois). Veuillez transmettre cette demande et la documentation exigée au Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA), par courriel : gassa.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur : 450 928-5256 (selon le secteur référent, il peut s'agir d'un interurbain).

Le lieu de récupération ou la livraison de l'équipement sera confirmé à l'utilisateur ou aux proches par la personne responsable des prêts d'équipement.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE USAGÈRE	
Profil : ☐ Soins palliatifs et de fin de vie ☐ Perte d'autonomie liée au vieillissement ☐ Post-opération ☐ Déficience physique (AVQ-AVD)	
Poids de l'utilisateur : _____ (obligatoire)	
Taille de l'utilisateur : _____ (obligatoire)	
Date prévue du congé de l'hôpital ou du milieu de soins post-aigus (aaaa/mm/jj) : _____	
Hôpital : _____ Numéro de chambre : _____	

INFORMATIONS POUR LA COLLECTE/LIVRAISON	
Nom complet de la personne à contacter pour la collecte/livraison : _____	
Numéro de téléphone de la personne à contacter pour la collecte/livraison : _____	
Adresse complète de livraison : _____	

☐ MARCHETTE		VALIDATIONS À PRÉVOIR
Clientèle admissible : ☐ PTG/PTH ☐ Soins Pall ☐ Petite junior (26-30 po) ☐ Junior (29-33 po) ☐ Adulte (33-37 po) ☐ Bariatrique (440 lbs) ☐ Adulte Plus (35-41 po) ☐ Fixe ☐ Skis/roulettes		Hauteur : _____ po. Marchette régulière = poids maximum de 330 lbs

☐ BARRE D'ASSISTANCE POUR LE LIT		VALIDATIONS À PRÉVOIR
☐ Pour lit régulier ☐ Lit Simple ☐ Pour lit électrique ☐ Lit double ☐ Rallonges ☐ Lit Queen ☐ Lit King		Poids maximum : 300 lbs

☐ TOILETTE		VALIDATIONS À PRÉVOIR
Chaise d'aisance : ☐ Régulière ☐ Bariatrique (450 lbs)		Hauteur : _____ po. Chaise d'aisance régulière = poids maximum de 325 lbs

☐ BAIGNOIRE		VALIDATIONS À PRÉVOIR
Indiquez l'emplacement du robinet : ☐ À gauche ☐ À droite ☐ Chaise de transfert : ☐ Régulière ☐ Avec ouverture ☐ Rembourrée ☐ Bariatrique (500lbs) ☐ Sans ouverture ☐ Rigide (plastifiée)	Hauteur : _____ po.	<i>Chaise de transfert régulière = poids maximum de 300 lbs</i>
☐ Banc de bain (sans dossier) ☐ Chaise de bain (avec dossier) ☐ Chaise de bain bariatrique (550 lbs)	Hauteur : _____ po.	<i>Banc ou chaise de bain régulier = poids maximum de 300 lbs</i>
☐ Tabouret de douche	Hauteur : _____ po.	<i>Poids maximum : 300 lbs</i>
☐ Poignée d'appui fixée à la baignoire (barre étai) : ☐ Parallèle ☐ Perpendiculaire		<i>Poids maximum : 300 lbs</i>

☐ LIT ET MATELAS – Prêt nécessitant discussion/autorisation par PREC		
Intégrité de la peau préservée : ☐ Oui ☐ Non ☐ Stade de la plaie : ☐ Localisation :		
Technique de transfert : ☐ Autonome ☐ Aide x1 ☐ Aide x2 ☐ Levier à station debout ☐ Lève-personne		
Soins à faire au lit : ☐ Oui Spécifier : _____ ☐ Non * Si oui, table de lit requise		
Pièce dégagée pour recevoir le lit électrique : ☐ Oui ☐ Non		

☐ TAPIS SONORE – Prêt nécessitant discussion/autorisation par PREC	
Aidant présent à proximité pour assurer la surveillance : ☐ Oui ☐ Non	
Emplacement requis : ☐ Au lit ☐ Au fauteuil	

☐ AUTRES – Prêt nécessitant discussion/autorisation par PREC

Avant de transmettre la demande au GASSA, il est de votre responsabilité de s'assurer que :

- ☐ L'utilisateur correspond aux critères suivants:
- Usager habite sur le territoire de la Montérégie-Ouest.
 - **Critères d'exclusion :**
 - Usager habite en CHSLD ou en MDA MA.
 - Les frais pour l'équipement requis sont couverts par des assurances privées ou par la couverture d'un régime public (par exemple, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), Anciens combattants ou la Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)).
- ☐ L'utilisateur et/ou son proche sont informés que l'équipement est en prêt à court terme seulement (maximum 3 mois).
- ☐ L'enseignement des équipements recommandés a été fait.
- ☐ J'ai joint au courriel de demande la **documentation exigée** : les notes d'évolution, l'évaluation initiale en réadaptation et la note de congé.

Nom de l'intervenant demandeur: _____ Téléphone et extension : _____

Signature et titre: _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

☐ T.Phys. / ☐ PHT / ☐ ERG