

Date :

N° Dossier:

Date naissance:

Sexe:

Nom, Prénom:

Nom de la mère:

Adresse:

Téléphone:

NAM:

Expiration:



EST40411

RÉFÉRENCE AU PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE (PIED)

Nombre de chutes dans la dernière année : _____

Diagnostic : _____

Informations complémentaires : _____

 Le client autorise le transfert de ces informations au PIED.**Critères d'exclusion**

Ne pas référer au PIED si le client présente un ou plusieurs de ces éléments :

- Personne de 64 ans et moins
- Aide à la marche en tout temps
- Obésité qui empêche la mobilité
- Maladie cardiaque non contrôlée
- Maladie dégénérative ayant un impact sur l'équilibre
- Séquelles d'AVC
- Faible capacité à se tenir debout sur une période prolongée
- Essoufflement au repos
- Déficits cognitifs qui affectent la compréhension des signes

Professionnel(le) référent

Nom, Prénom : _____

Profession : _____

Lieu de pratique : _____

Téléphone : () - _____

Courriel : _____

Signature : Date : _____

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

Suite à la signature électronique du présent formulaire, une copie PDF de la référence sera acheminée par courriel au PIED à l'adresse suivante :

programmepied.cemtl@ssss.gouv.qc.ca