

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](mailto:programmepied.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)