


NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</p> <p style="text-align: center;">Québec</p> <div style="text-align: center;">  <p>EST40063</p> </div>	<p>Date : _____</p> <p>N° Dossier: _____ Date naissance: _____ Sexe: _____</p> <p>Nom, Prénom: _____</p> <p>Nom de la mère: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Téléphone: _____</p> <p>NAM: _____ Expiration: _____</p>
--	---

DEMANDE DE RÉFÉRENCE AUX SERVICES AMBULATOIRES DE RÉADAPTATION POUR UNE CLIENTÈLE ADULTE (SARCA)

IDENTIFICATION DE L'USAGER (voir ci-haut)

- Milieu de vie : Domicile Résidence avec services Résidence sans services
- Moyens de transport à disposition : Transport adapté STM L'utilisateur se déplace par ses propres moyens
- Accompagné par un proche ou un transport bénévole

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ **Lien :** _____ **Tél. :** _____

IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Date de référence : Nom du référent/titre : _____

Coordonnées du référent : _____

Milieu d'exercice du référent (ex. : CLSC, GMF, CH, CHR) : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Motif (s) de la référence : Problématiques - Besoins - Attentes - Épisodes de soins aigus en cours :

Diagnostic/Antécédents médicaux/Conditions associées :

Protocole post-opératoire Non Oui (joindre à la demande) _____

Restrictions/Limitations Non Oui Précisez : _____

Préalables à la prise en charge par un thérapeute en réadaptation physique (voir verso)

Non Oui Précisez : _____

Prochain rendez-vous médical en lien avec l'épisode de soin : _____

Critères d'admissibilité :

Réside sur le territoire CEMTL ? Répond aux critères d'admissibilité au programme décrits au verso ?

Consent à participer à une réadaptation sur une base externe

Présence d'un autre agent payeur : Non Oui Précisez : _____

- L'utilisateur consent à ce que les informations soient communiquées au Guichet de Santé physique du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- Le référent transmet les résultats d'examens pertinents selon le motif de référence (ex. : rapport d'un spécialiste, rapport d'un physiothérapeute, liste de problèmes, liste de médicaments à jour, etc.)

FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE DE RÉFÉRENCE AU GUICHET DE SANTÉ PHYSIQUE DU CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
 COORDONNÉES : TÉL. : 514- 251- 6028, FAX : (514) 524-3448, COURRIEL : mah.est.lteas@ssss.gouv.qc.ca

Décision du guichet : Accepté Refusé (indiquer la raison du refus) : _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

CRITÈRES D'ADMISSION AUX SARCA :

- Résider sur le territoire du CIUSSS-EMTL ;
- Nécessiter une réadaptation dans le cadre d'un épisode de soins aigus ;
- Consentir à participer au processus de réadaptation proposé sur une base ambulatoire ;
- Avoir obtenu un diagnostic médical en lien avec le motif de la demande ;
- Présenter un état médical stable ;
- Être en mesure de recevoir des services de réadaptation sur une base externe ;
- Démontrer un potentiel de réadaptation ;
- Présenter des incapacités physiques interférant avec la réalisation des habitudes de vie.

CRITÈRES D'EXCLUSION AUX SARCA :

- Avoir atteint un niveau fonctionnel de base ;
- Recevoir des services de réadaptation d'un autre établissement pour la même problématique (dédoublage de services) ;
- Avoir une couverture, pour la même demande, d'un autre agent payeur public (ex. : SAAQ) ;
- Nécessiter des services internes de réadaptation ;
- Avoir une indisponibilité injustifiée (ex. : vacances) ;
- Présenter une condition chronique ;
- Présenter des troubles cognitifs ;
- Avoir des troubles de comportement.

CATÉGORIE D'ATTEINTE DE L'USAGER		1. Perte d'autonomie établie ou séquelles Objectif : maintien des acquis ou récupération de l'autonomie fonctionnelle perdue	2. Atteinte ortho/rhumato n'interférant pas sur le processus de croissance	3. Atteinte : - Ortho/rhumato interférant sur croissance - Neurologique pour adulte sans nécessité de RFI ** ou RFI terminée - Respiratoire chronique/contrôlée - Vasculaire périphérique - Affectation cutanée, ulcère de pression, brûlure non grave - Profil gériatrique (investigation)	4. Autres <u>Exemples :</u> Atteinte neurologique nécessitant une réadaptation intensive Atteinte respiratoire aiguë ou non contrôlée
INFORMATIONS PRÉALABLES À LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE PAR LE T.R.P.					
Évaluation du physiothérapeute ou Diagnostic médical et informations médicales pertinentes		X	X	X	X
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES	Déficiences et incapacités physiques (liste de problèmes)		X	X	X
	Objectifs de traitement			X	X
	Contre-indications/précautions physiothérapeutiques			X En lien avec condition de l'utilisateur	X En lien avec condition de l'utilisateur et modalités de tx
	Modalités de traitement				