

**FORMULAIRE DE COMMANDE
DE MATÉRIEL DE CONVALESCENCE
SERVICES FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES**

SECTION A RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
Jour Mois Année

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE : _____
 _____ N° D'IDENTIFICATION DE SFC : _____

MÉDECIN : _____ N° D'ASSURANCE-MALADIE : _____

Le client a-t-il une protection d'assurance? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie et le numéro de la police _____

SECTION B RENSEIGNEMENTS SUR LE MATÉRIEL

Matériel utilisé actuellement : _____

Date de réception : _____ Qui a payé le matériel? _____ Pourquoi n'est-il
 plus approprié? _____

_____ Matériel recyclable? O N

Matériel demandé _____

SECTION C RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic et troubles médicaux : _____

SECTION D ÉVALUATION DU CLIENT

Examen physique

Poids : _____

| | Limitations normales | Certaines limitations* | Non fonctionnel* | Commentaires * Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser la page 3. |
|------------------------|----------------------|------------------------|------------------|--|
| Extrémités supérieures | | | | |
| Extrémités inférieures | | | | |

Examen fonctionnel

Comment le client se déplace-t-il à l'intérieur du domicile? _____

Le client peut-il se transférer sans aide? O N Prendre son bain? O N Se coucher? O N Sinon,
 veuillez expliquer le genre d'aide dont il a besoin. _____

SECTION G**CONSENTEMENT (COPIE DES SERVICES DE SANTÉ)**

CONCERNANT : _____ **MATÉRIEL :** _____
(Nom du client)

Je, _____, conviens des recommandations du professionnel de la santé soussigné et je l'autorise à communiquer les renseignements ci-joints au ministère des Services familiaux et communautaires, à Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick et à tout autre organisme susceptible d'aider à fournir le matériel prescrit.

Il est entendu et convenu que le prêt de matériel est assorti des conditions suivantes :

- 1) Je peux recevoir de l'équipement neuf ou recyclé.
- 2) Je m'engage à m'occuper du matériel selon les directives qui m'ont été fournies et à confier tous travaux de réparation et d'entretien à un technicien diplômé ou à un professionnel de la santé qualifié. *
- 3) Je m'engage à utiliser le matériel d'une manière sécuritaire et à éviter tout usage abusif ou mauvais usage.
- 4) Lorsque le matériel ne sera plus nécessaire, je le retournerai à Timbres de Pâques N-B en vue de son recyclage.*

* Les réparations, l'entretien et l'expédition de cet article sont gratuits si vous détenez une carte d'assistance médicale du ministère des Services familiaux et communautaires et si les conditions décrites aux présentes sont respectées.

J'ai obtenu une copie du présent accord pour consultation future.

Signature du client, de la personne désignée, _____ Date _____
du tuteur légal, du parrain ou de la
directrice des soins infirmiers

Témoin _____ Date _____

Veuillez retourner le formulaire au complet aux :

Services de santé
C.P. 5500, Fredericton (N.-B.) E3B 5G4
Télécopieur : (506) 453-3960

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ TRAITANT

Nom : _____ Titre : _____
(en lettres moulées S.V.P.)

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse postale : _____ Courriel : _____

Signature : _____

Date de soumission aux Services de santé _____ à Timbres de Pâques N-B _____

SECTION H**CONSENTEMENT (COPIE DU CLIENT)**

CONCERNANT : _____ **MATÉRIEL :** _____
(nom du client)

Je, _____, conviens des recommandations du thérapeute soussigné et je l'autorise à communiquer les renseignements ci-joints au ministère des Services familiaux et communautaires, à Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick et à tout autre organisme susceptible d'aider à fournir le matériel prescrit.

Il est entendu et convenu que le prêt de matériel est assorti des conditions suivantes :

- 1) Je peux recevoir de l'équipement neuf ou recyclé.
- 2) Je m'engage à m'occuper du matériel selon les directives qui m'ont été fournies et à confier tous travaux de réparation et d'entretien à un technicien diplômé ou à un ergothérapeute.*
- 3) Je m'engage à utiliser le matériel d'une manière sécuritaire et à éviter tout usage abusif ou mauvais usage.
- 4) Lorsque le matériel ne sera plus nécessaire, je le retournerai à Timbres de Pâques N-B en vue de son recyclage.* (Pour avoir plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'organisme en composant le 1 888 280-8155.)

* Les réparations, l'entretien et l'expédition de cet article sont gratuits si vous détenez une carte d'assistance médicale du ministère des Services familiaux et communautaires et si les conditions décrites aux présentes sont respectées.

J'ai obtenu une copie du présent accord pour consultation future.

Signature du client, de la personne désignée, _____ Date _____
du tuteur légal, du parrain ou de la
directrice des soins infirmiers

Témoin _____ Date _____

SECTION I AVIS DE DÉCISION

| | |
|----------------|----------------------------|
| DEST. : | NOM : _____ |
| | ORGANISME : _____ |
| | TÉLÉCOPIEUR : _____ |

CLIENT : _____ **N° D'IDENTIFICATION** _____

ARTICLES DEMANDÉS : _____

Votre demande :

a été approuvée **Fournisseur :** _____

a été refusée* **est en attente***

*

Évalué par : _____

Organisme : _____ **Date :** _____