

# CERTIFICAT MÉDICAL

Programme régional de transport-hébergement

## A. CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP OU SON REPRÉSENTANT (ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

_____	____/____/____	____/____/____
Nom de la personne handicapée	Date de naissance	N° d'assurance maladie (facultatif):
_____		
Adresse complète :		
_____	_____	
Nom de son représentant	Lien de parenté avec la personne handicapée	
Par la présente, j'accepte d'aviser le Centre de réadaptation de la Gaspésie de tout changement qui ferait en sorte que la personne handicapée, dont le nom est indiqué ci-dessus, ne répond plus aux conditions d'admissibilité.		
_____	_____	____/____/____
Signature de la personne handicapée ou de son représentant	Date	Ind. rég. Téléphone

## B. CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN. (TOUTES LES PARTIES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES)

**PRÉCISIONS SUR LA DÉFICIENCE**

1. **Nature de la déficience (cochez la case appropriée en a) et b) obligatoirement)**  
a)  physique  mentale      b)  temporaire  permanente

2. Date du début de la déficience : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Quel est le diagnostic médical? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Pronostic :       Amélioration possible       Stable       Détérioration

5. Quelles sont les conditions associées? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **Description détaillée des effets de la déficience qui limitent de façon marquée la capacité de la personne d'accomplir une activité courante de tous les jours :**  
\_\_\_\_\_  
(Annexez une feuille si l'espace est insuffisant)

7. Autres, données objectives et pertinentes. (ex. : Taille, poids, etc.)  
\_\_\_\_\_

8. Est-ce que la personne utilise dans ses activités de la vie quotidienne un moyen pour pallier son handicap (orthèses, prothèses...)? Si oui, précisez :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Est-ce que la personne doit-être accompagnée dans ses déplacements ?    Oui     Non

**J'atteste que la personne, dont le nom est indiqué, ci-dessus répond aux conditions d'admissibilité requises pour être considérée comme une personne ayant une déficience significative et persistante dont les effets sont tels que sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée, et les déplacements sont requis pour recevoir des services d'adaptation-réadaptation, un diagnostic ou un complément de diagnostic ou un traitement.**

Nom du médecin (écrire en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du médecin      Date      Ind. rég.      Téléphone

Retournez au :  
Responsable du programme Transport/hébergement  
Centre de réadaptation de la Gaspésie  
230, route du Parc  
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4