



Nom		Prénom
Date naissance	Âge	Sexe
	ans	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
N° d'assurance maladie		Expiration
Langue parlée		
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :		

APPLICATION :

CRDI-TSA-DP

## DEMANDE DE SERVICE – Évaluation de la conduite auto et adaptation de véhicules routiers

### INFORMATIONS SUR LA PERSONNE RÉFÉRÉE

Adresse (numéro, rue, ville)		Code postal
Téléphone domicile	Cellulaire	Courriel
Milieu de vie (actuel)		
<input type="checkbox"/> À domicile <input type="checkbox"/> Dans une ressource (spécifiez) :		

### PERSONNE LIEN

Nom et prénom	Type de lien
	<input type="checkbox"/> Parent/Tuteur <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :
<input type="checkbox"/> Même adresse que l'utilisateur	
Adresse (si différente)	
Code postal	
Téléphone domicile	Cellulaire
Courriel	

### RÉGIME D'INDEMNISATION (SI APPLICABLE)

Date de l'événement (aaaa-mm-jj)	N° référence
Régime	
<input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> MSSS <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :	
Conseiller/Agent d'indemnisation (nom et prénom)	Coordonnées

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS

Diagnostic lié à la référence	Date d'apparition (aaaa-mm-jj)
Diagnostic(s) secondaire(s) ou conditions associées	Date d'apparition (aaaa-mm-jj)

### CONDUCTEUR ET PASSAGER

Conducteur (doit avoir un permis de conduire valide)	
<input type="checkbox"/> Évaluation des capacités à conduire (précisez le doute, les problématiques et les besoins) :	<input type="checkbox"/> Évaluation de l'accès au véhicule (précisez les problématiques et les besoins) :
Passager (précisez les problématiques)	

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_

MOBILITÉ		
Aide à la mobilité		
<input type="checkbox"/> F/R manuel cadre pliant	<input type="checkbox"/> F/R motorisé	<input type="checkbox"/> Canne
<input type="checkbox"/> F/R manuel cadre rigide	<input type="checkbox"/> Quadriporteur	<input type="checkbox"/> Triporteur
<input type="checkbox"/> Marchette		
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :		
DOSSIER SAAQ CONDUCTEUR (OU PERMIS DE CONDUIRE)		
N° dossier SAAQ		Classe
Conditions		Date d'émission (aaaa-mm-jj)
Conduite		
Le référé conduit actuellement :		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pour quelle raison ? :		
Déclaration médicale au Service de l'évaluation médicale de la SAAQ :		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pour quelle raison ? :		
Un M-57 a été demandé par le service médical de la SAAQ :		
<input type="checkbox"/> Oui, spécifiez la date d'échéance (aaaa-mm-jj) : _____ <input type="checkbox"/> Non		
DESCRIPTION DU VÉHICULE ACTUEL		
Marque	Modèle	Année
Transmission	Équipements spécialisés	
<input type="checkbox"/> Automatique <input type="checkbox"/> Manuelle		
Changement de véhicule prévu		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, détaillez : _____		
<input type="checkbox"/> L'utilisateur est avisé qu'il doit faire l'achat de son nouveau véhicule suivant les trois mois de l'évaluation.		
AUTORISATION DU RÉFÉRÉ		
Le référé est-il informé de la demande de service ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pour quelle raison ? :		
RÉFÉRENT		
Nom et prénom	Téléphone	Poste
Profession	Établissement/Programme	
Adresse	Code postal	
Signature du référé		Date
DOCUMENTS REQUIS		
Conducteur		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copie du M-28 de moins d'un an dont l'original rempli a été envoyé à la SAAQ;</li> <li>• Copie du M-5, si pertinent;</li> <li>• Rapport de l'ergothérapeute de moins de deux ans;</li> <li>• Si pertinent, l'utilisateur est avisé qu'il doit faire l'achat de son nouveau véhicule au cours des trois mois suivant son évaluation et non avant;</li> <li>• Copie du formulaire d'inscription acheminé au programme d'aide financière de la SAAQ.</li> </ul>		
Passager		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan médical ou fonctionnel de moins de deux ans.</li> </ul>		

\* Si possible, rapport du physiothérapeute et/ou du neuropsychologue de moins de 2 ans.

Veuillez acheminer la demande à : [peeca.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:peeca.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca)