



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 :		

CRDI-TSA-DP

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE
(URFI)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Statut civil		Milieu de vie					
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Famille naturelle	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> RAC	<input type="checkbox"/> RI-RTF
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)/divorcé(e)		<input type="checkbox"/> Milieu autonome	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :			
Adresse de l'utilisateur (numéro, rue, ville)			Code postal	Téléphone domicile	Cellulaire		

PERSONNE(S) LIEN

Nom et prénom	Lien	Téléphone domicile	Cellulaire
Adresse (si différente de celle de l'utilisateur)			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Diagnostic (joindre rapports nommés au verso)	Date d'apparition ou de l'événement
Autre(s) diagnostic(s) et conditions associées	
Si diagnostic AVC, cochez le degré de sévérité selon le résultat de l'Échelle neurologique canadienne (ENC)	
<input type="checkbox"/> AVC léger : ≥ 8 points <input type="checkbox"/> AVC modéré : 4.5 et 7.5 points <input type="checkbox"/> AVC sévère : ≤ 4 points	
Incapacités	
<input type="checkbox"/> Mobilité (déplacements, équilibre) <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Activités de la vie quotidienne <input type="checkbox"/> Activités de la vie domestique	
Agent payeur (si applicable)	Numéro de référence
<input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Autre :	

RÉFÉRENCE

Services demandés
<input type="checkbox"/> Déficience motrice adulte interne (URFI) <input type="checkbox"/> Déficience motrice adulte externe (RFI)
Objectifs liés aux services demandés

Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

150, Mgr Ross, Aile 450, Gaspé (QC) G4X 2S7

Téléphone : 418-368-2306

Transmettre la demande par courriel à : urfi.demandes.service.ciSSGaspesie@SSSS.gouv.qc.ca

Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

ADMISSIBILITÉ

Critères

- Capacités cognitives et motrices permettant la participation aux activités de réadaptation;
- Condition médicale stable;
- Motivation de l'utilisateur à la réadaptation.

Atteinte neurologique centrale ou périphérique :

Autorisation de mise en charge en vigueur si la demande concerne uniquement une condition orthopédique au membre inférieur

Blessure orthopédique grave (BOG) :

Une lésion musculosquelettique susceptible d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (fractures multiples ou complexes, amputation, etc.)

Documents nécessaires au traitement de la demande

- Résumé de dossier
- Rapports médicaux (neurologue, physiatre, consultation à l'urgence, etc.)
- Examens complémentaires pertinents (RX, examens de laboratoires, vidéofluoroscopie, tomodensitométrie, etc.)
- Rapports d'évaluations et notes évolutives de tous les professionnels vus par l'utilisateur depuis l'hospitalisation
- Échelle neurologique canadienne (ENC)
- Niveau de soins

Si AVC sylvien :

- Doppler des carotides
- Échographie cardiaque
- Télémétrie 24 heures

RÉFÉRENT

Nom du référent		Téléphone
Profession	Numéro de permis	Établissement/Programme

CONSENTEMENT DE L'USAGER

L'utilisateur ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet : Oui

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal

Date

Signature du référent

Date