

Nom du patient : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____



Office d'habitation de l'Outaouais

Attestation médicale

Attribution d'un logement particulier

VEUILLEZ FAIRE COMPLÉTER CE FORMULAIRE PAR LE MÉDECIN OU L'ERGOTHÉRAPEUTE

Votre patient, en raison de problèmes de santé, désire :

- Transférer de son logement actuel vers un autre répondant mieux à ses besoins particuliers
- Obtenir un logement répondant à ses besoins particuliers
- Obtenir un logement sans tapis (remplir uniquement la partie 4 du formulaire)

Pour cela, il faut une justification médicale. Merci de compléter ce bref formulaire.

PARTIE 1 – ÉTAT DE SANTÉ

- Quelle maladie ou problème de santé justifie cette demande ? : _____

- Le patient présente-t-il d'un handicap moteur ou sensoriel? Oui Non
Si oui, précisez : _____
- La maladie, trouble ou handicap dont est atteint le patient est-il de nature évolutive?
Oui Non
- Le patient a-t-il la capacité de monter des marches? Oui Non
Si oui, précisez le nombre de marche : _____

PARTIE 2 – AIDE TECHNIQUE NÉCESSAIRE

- Le patient utilise-t-il un aide technique tel que (cochez les options applicables) :
 - Canne, béquilles, déambulateur
 - Lève-personne
 - Fauteuil roulant manuel ou électrique
 - Lit médicalisé (lit d'hôpital)
 - Triporteur, quadriporteur
 - Autre : _____
- Le patient a-t-il besoin de soins/aide pour effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ)?
Oui Non
- Si oui, le patient reçoit-il de l'aide du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) pour effectuer ses AVQ?
Oui Non
- Si oui, quels services lui sont offerts ? _____

- Le patient nécessite-t-il qu'un aidant naturel réside avec lui pour l'aider à effectuer ses AVQ?
Oui Non

PARTIE 3 – BESOINS PARTICULIERS EN TERME D'HABITATION

- Si le patient utilise un appareil pour ses déplacements, quel est sa largeur maximale? : _____

- Le patient a-t-il la capacité d'ouvrir les portes sans aide? Oui Non
- Le patient peut-il fonctionner quotidiennement dans une cuisine dont les armoires et les comptoirs sont d'hauteur standard? Oui Non
- Le patient peut-il utiliser quotidiennement une toilette d'une hauteur standard? Oui Non
- Le patient peut-il utiliser une baignoire pour effectuer ses soins d'hygiène corporels? Oui Non
- Le patient a-t-il d'autres besoins particuliers en terme de logement? : _____

- Le patient a-t-il accès aux services d'un ergothérapeute? Oui Non
 Si oui, quel est son nom? : _____

PARTIE 4 – PROBLÈMES DE SANTÉ RELIÉS À LA PRÉSENCE DE TAPIS DANS LE LOGEMENT

- Le patient souffre-t-il d'asthme? Oui Non
- Le patient souffre-t-il de d'allergies ou autres problèmes de santé reliés directement à la présence de tapis? Oui Non
 Si oui, précisez : _____
- Si le patient présente des symptômes d'allergies pouvant être causés par la présence de tapis, est-ce que cela a été confirmé par un test fait par un allergologue ? Oui Non
- La présence de tapis nuit-elle à la mobilité du patient? Oui Non
- Le retrait du tapis améliorera-t-il la condition de santé du patient reliée aux problèmes mentionnés ci-haut? Oui Non
 De qu'elle façon? : _____
- Est-ce que les autres mesures préventives ont été appliquées (couvre-matelas, literie anti-allergène, pas d'animaux dans le logement, etc.) Oui Non

COMMENTAIRES ADDITIONNELS

 Nom du professionnel de la santé

 Numéro de pratique ou de profession

 Signature du professionnel de la santé

 Numéro de téléphone

 Date