|  |
| --- |
| Type d’évaluation demandé : ☐ Conducteur ☐ Passager ☐ Désensibilisation |

|  |
| --- |
| **AGENT PAYEUR :** ☐ RAMQ ☐SAAQ (accident de la route) ☐CNESST (accident de travail) ☐IVAC (victime d’acte criminel) |
| No dossier :  | Date accident :  |
| Nom du conseiller :  | Tél. :  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS REQUIS** |
| ☐ Passager : **rapport récent de l’état fonctionnel et de santé du client (ergo, physio ou MD)**☐Conducteur\* : **copie du formulaire de rapport d’examen médical (M-28 ou M-14)\*\*, du formulaire de rapport d’examen de la vue (M-5)\*\* s ’il y a lieu ainsi que tout rapport pertinent de l’état fonctionnel*****\**** *L’apprenti-conducteur doit avoir complété la phase 1 du cours de conduite.****\*\*****Veuillez vous assurer que les formulaires (M-28 ou M-14, et M-5 s’il y a lieu) ont été envoyés à la SAAQ.* |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS RELATIVES AUX AIDES À LA MOBILITÉ** |
| Un fauteuil roulant est-il utilisé pour les déplacements? ☐ NON ☐ OUI Si OUI : |
| Fauteuil roulant : ☐ manuel ☐ motorisé ☐ triporteur/quadriporteur |
| Marque/Modèle :       ☐ Sera transporté dans le véhicule |
| Le client peut-il transférer seul du fauteuil roulant au siège conducteur/passager? ☐NON ☐OUI ☐Ne sais pas |
| Le client demeurera-t-il assis dans son fauteuil roulant comme conducteur ou passager? ☐NON ☐OUI ☐Ne sais pas |
| Le client peut-il placer seul le fauteuil roulant dans le véhicule? ☐NON ☐OUI ☐Ne sais pas |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** |
| Le client accepte-t-il de changer de véhicule, si nécessaire : ☐ NON ☐ OUI Le véhicule est-il requis dans l’exécution du travail : ☐ NON ☐ OUI, PRÉCISEZ L’EMPLOI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Le véhicule est-il requis pour se rendre à des soins médicaux réguliers à l’hôpital (ex. : chimiothérapie ou dialyse chaque semaine) : ☐NON ☐ OUI, PRÉCISEZ LE SOIN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Y a-t-il un autre moyen de transport pour se rendre au travail, à l’école ou à l’hôpital (ex. : transport adapté) : ☐ NON ☐ OUI, PRÉCISEZ LE MOYEN DE TRANSPORT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature : |  | Date :  | Année | Mois | Jour |

|  |
| --- |
| **Veuillez faire parvenir ce formulaire et les documents demandés au guichet d’accès :****Télécopieur : 514-510-2204; Courriel : aeo-ditsadp.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca** |