



Réservé à l'officier d'admission

Numéro de dossier

Date de réception de la demande	Année	Mois	Jour
---------------------------------	-------	------	------

Partie 1 - Renseignements généraux

À remplir par le demandeur, par toute autre personne désignée par celui-ci ou par son représentant légal si le demandeur ne peut agir. **Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au demandeur, ce qui retardera le traitement de la demande.** La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Cette information sera à l'usage exclusif du comité d'admission.

SECTION 1

Renseignements sur le demandeur

CARACTÈRES D'IMPRIMERIE (OBLIGATOIRE)

Nom de famille					Prénom				
Nom de famille à la naissance (si différent)									
Adresse de résidence		Numéro		Rue				Numéro d'appartement	
Municipalité								Code postal	
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)								Numéro de chambre	
Téléphone	Ind. rég.	Numéro			Bureau	Ind. rég.	Numéro		Poste
Résidence									
Cellulaire	Ind. rég.	Numéro			Télécopieur	Ind. rég.	Numéro		
Adresse courriel									
J'accepte de recevoir des renseignements ou des offres de la part de mon organisme de transport adapté.								<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe		Poids		Taille	
				<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin					
Langue parlée	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	Autres modes de communication						
	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :		Précisez :						

SECTION 2

Questions relatives à l'admission au transport adapté et au type d'accompagnement.

1 Qu'est-ce qui vous amène à présenter une demande d'admission ?

2 Existe-t-il un service de transport en commun régulier dans votre municipalité ?

- Non Oui ► Si **oui**, êtes-vous en mesure de l'utiliser ?
 Non ► Veuillez en indiquer les raisons. _____

 Oui
 Ne sais pas

3 Si vous êtes admis au transport adapté, aurez-vous besoin de l'aide d'une personne (exemple : repositionnement) à bord du véhicule durant votre déplacement ?

- Non Oui ► Si **oui**, de quelle aide s'agit-il? _____

4 A. Si vous êtes admis au transport adapté, devrez-vous utiliser une ou des aides à la mobilité durant vos déplacements en transport adapté ?

- Non Oui

B. Précisez l'aide ou les aides dont il s'agit.

- Marchette ► pliante non pliante Triporteur ou quadriporteur
 Ambulateur Fauteuil roulant ► motorisé
 Canne ► Précisez le type : _____ manuel rigide
_____ manuel pliant
 Béquilles Autre ► Précisez : _____
 Chien-guide ou d'assistance
(certifié par une école reconnue) _____

C. Précisez l'aide que vous utiliserez le plus fréquemment :

D. Avez-vous besoin d'une bonbonne d'oxygène durant vos déplacements en transport adapté ?

- Non Oui

5 Avez-vous des enfants âgés de moins de 14 ans dont vous avez la charge ?

- Non Oui ► Veuillez fournir leurs noms et dates de naissance.

Nom	Prénom	Date de naissance		
		Année	Mois	Jour
_____	_____	_ _ _	_	_
_____	_____	_ _ _	_	_
_____	_____	_ _ _	_	_

SECTION 3

Références et signatures

1 Y a-t-il une ressource professionnelle autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités (partie 2 du formulaire) avec laquelle le comité d'admission pourrait communiquer au besoin afin de faciliter l'analyse de votre dossier ?									
Nom					Prénom				
Fonction					Nom de l'établissement (s'il y a lieu)				
Téléphone		Ind. rég.	Numéro		Poste	Numéro de pratique (s'il y a lieu)			

2 Si le demandeur n'a pas rempli lui-même la présente partie, veuillez indiquer la personne qui l'a fait à sa place.									
Nom					Prénom				
Téléphone		Ind. rég.	Numéro		Bureau	Ind. rég.	Numéro		Poste
Résidence									
Cellulaire		Ind. rég.	Numéro		Lien avec le demandeur				
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)									

3 Personne avec qui communiquer en cas d'urgence.									
Nom					Prénom				
Téléphone		Ind. rég.	Numéro		Bureau	Ind. rég.	Numéro		Poste
Résidence									
Cellulaire		Ind. rég.	Numéro		Lien avec le demandeur				
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)									

Autorisation du demandeur

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le refus de mon admission ou la révocation de mon admissibilité. J'autorise le comité d'admission à prendre connaissance de tous les renseignements contenus dans ce formulaire ainsi que de tous les documents joints à l'appui de la présente demande. J'autorise également le comité à communiquer avec la personne indiquée à la question 1 de la présente section, s'il y a lieu, et avec les personnes ayant rempli la partie 2 du formulaire ou toute autre attestation jointe à la demande pour valider l'information reçue ou pour obtenir un complément d'information, si nécessaire. Je comprends que, en cas d'admission, seule l'information nécessaire à mon déplacement, à ma sécurité et à mon confort sera transmise aux transporteurs qui m'offriront le service.

Signature obligatoire

Signature du demandeur

Signature de la personne autorisée
si le demandeur ne peut agir

Date (AAAA-MM-JJ)

Vous pouvez joindre, en annexe, tous les renseignements supplémentaires relatifs à votre admissibilité ou à vos besoins en transport adapté.

Partie 2 - Attestation des incapacités (à remplir par le professionnel)

Veillez vous assurer de bien remplir cette partie, à défaut de quoi le traitement de la demande et, par conséquent, l'accès au service de transport adapté seront retardés.

1 A. Quel est le diagnostic principal inscrit au dossier qui engendre les incapacités sur le plan de la mobilité ?

Depuis quand ? _____

Cochez et précisez, s'il y a lieu, la classification médicale du diagnostic sur le plan fonctionnel (niveau, classe, stade) :

- Déficience intellectuelle ► niveau (léger, moyen, sévère, profond) _____
- Déficience respiratoire ► classe _____ / V
- Déficience cardiaque (New York Heart Association) ► classe _____ / IV
- Maladie de Parkinson (échelle de Hoehn et Yahr) ► stade _____ / V
- Traumatisme crânio-cérébral ► niveau (léger, modéré, sévère) _____
- Maladie d'Alzheimer (échelle de Reisberg ou échelle de détérioration globale [EDG]) ► stade _____ / 7
- Autre ► Précisez : _____

B. Indiquez, s'il y a lieu, tout autre diagnostic en lien avec le besoin de transport adapté.

2 L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible ?

- Non ► Expliquez : _____
- Oui ► Indiquez le délai et expliquez : moins d'un an _____
- plus d'un an _____

3 La personne présente-t-elle l'une des incapacités décrites ci-dessous ?

- Non ► Passez à la question 11.
- Oui ► Cochez la ou les incapacités (critères d'admission).
1. Marcher 400 mètres sur un terrain uni.
2. Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui.
3. Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier en raison d'une fatigabilité extrême.
4. S'orienter dans le temps.
5. S'orienter dans l'espace.
6. Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa propre sécurité ou à celle des autres.
7. Communiquer de façon verbale ou gestuelle. N.B. : cette incapacité ne peut à elle seule être retenue aux fins d'admission.

4 Dans quelles circonstances les incapacités indiquées à la question 3 se manifestent-elles (s'il y a plus d'une incapacité, veuillez indiquer les chiffres correspondants de la question 3, dans les cases appropriées) ?

- En tout temps L'hiver seulement Le soir seulement
- Seulement lorsque la personne est confrontée à certains obstacles géographiques. ► Précisez : _____
- Seulement lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge.
- Lors de déplacements non familiaux, trop complexes ou avec intersection dangereuse.
- Seulement lors de déplacements pour des traitements d'hémodialyse.
- Dans certaines situations ou de façon intermittente ► Précisez : _____

5 Questions spécifiques à certaines déficiences ou incapacités : ne répondre qu'à celles qui s'appliquent à la personne.

A. Déficience motrice, neurologique ou déficience des organes internes

Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation fonctionnelle effectuée et le résultat :

Échelle de Berg (équilibre) _____

Autre ► Précisez : _____

1) Capacité de marcher sur un terrain uni (précisez)

A) Distance maximale (en mètres) que la personne peut parcourir _____

B) Temps requis pour parcourir cette distance _____

C) Condition de la personne après avoir parcouru cette distance _____

2) Capacité de monter une marche avec appui ou d'en descendre une sans appui (précisez)

A) Hauteur de marche que la personne peut monter avec appui _____

B) Hauteur de marche que la personne peut descendre sans appui _____

C) Limitations rencontrées : amplitude, faiblesse musculaire, douleur, équilibre _____

3) Capacité d'effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier

A) En tout temps ► Expliquez : _____

B) De façon intermittente ► Expliquez : _____

B. Déficience visuelle (cochez et précisez)

Acuité visuelle :

Vision de loin avec ordonnance (système métrique) :

OD _____ OG _____ OU _____

Champ visuel :

Moins de 20° ► OD _____ OG _____

Plus de 20° ► OD _____ OG _____

C. Épilepsie

Indiquez si le problème est contrôlé par médication :

Non ► Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises. Précisez : _____

Oui _____

Partiellement contrôlé ► Indiquez depuis quand : _____

Donnez des précisions sur la nature des crises (types et manifestations) et les effets secondaires de la médication (s'il y a lieu) :

Y a-t-il des situations particulières pouvant provoquer des crises? Oui ► Précisez : _____

Si la personne a des crises sévères (c'est-à-dire avec pertes de conscience ou convulsions), indiquez combien de fois par semaine en moyenne elle a de telles crises : _____

Expliquez, s'il y a lieu, en quoi la sécurité de la personne est compromise lors de ses déplacements : _____

D. Problèmes de santé mentale sévères et persistants (remplissez également la section F, s'il y a lieu)

Les incapacités de la personne sont-elles contrôlées par la médication ?

Non ► Précisez : _____

Oui _____

E. Troubles d'ordre cognitif (remplissez également la section F, s'il y a lieu)

Précisez si la personne a des problèmes d'ordre cognitif (exemples : compréhension, jugement, mémoire).

F. Problèmes de comportement

En situation de transport, la personne pourrait-elle présenter un problème de comportement (impulsivité, agressivité, automutilation, risque de fugue, etc.) pouvant être préjudiciable à sa sécurité ou à celle des autres passagers dont le transporteur devrait être informé advenant son admission ?

Non

Oui ► Indiquez la nature et les manifestations : _____

► Indiquez le type de situations pouvant entraîner ce problème de comportement lié au transport : _____

G. Problèmes de communication

La personne peut-elle communiquer ?

Verbalement

Par symboles

Troubles importants d'élocution

Gestuellement

Aucune communication ► Précisez : _____

Autre ► Précisez : _____

6 A. Les limitations de la personne nécessitent-elles l'une des aides à la mobilité suivantes pour faciliter ses déplacements en transport adapté ?

Aucune ► Passez à la question 7.

Marchette ► pliante non pliante

Ambulateur

Canne ► Précisez le type : _____

Béquilles

Chien-guide ou d'assistance (certifié par une école reconnue)

Triporteur ou quadriporteur

Fauteuil roulant ► motorisé

manuel rigide

manuel pliant

Autre ► Précisez : _____

B. La personne doit-elle utiliser cette aide ?

En tout temps

À l'occasion

Précisez : _____

C. Si la personne est en fauteuil roulant manuel, peut-elle se transférer du fauteuil à la banquette d'un véhicule ?

Non, même avec l'aide d'une personne

Oui, sans aide

Oui, avec l'aide d'une personne

D. La personne a-t-elle besoin d'une bonbonne d'oxygène durant ses déplacements en transport adapté ?

Non

Oui

7 Si la personne est admise au transport adapté, aura-t-elle besoin de l'aide d'un accompagnateur en raison d'un besoin particulier à bord du véhicule durant le déplacement compte tenu de ses incapacités ?

Non

Non, si certaines mesures sont mises en place pour pallier les problèmes de comportement en cours de déplacement.

► Expliquez : _____

Oui, temporairement à des fins de familiarisation pour une période de : _____

Oui, en tout temps. ► Pourquoi : _____

8 La personne est-elle inscrite ou a-t-elle été inscrite à un cours en orientation et mobilité, un apprentissage ou une familiarisation (traitement ou thérapie comportementale), ou à une réadaptation en vue de l'utilisation du transport en commun régulier ?

Non, quelles en sont les raisons ?

La personne n'a pas le potentiel. ► Expliquez : _____

La personne a le potentiel, mais il n'y a pas de transport en commun régulier dans la municipalité.

Autre ► Précisez : _____

Oui, supervisé par : _____ Téléphone : _____

Nom de l'établissement : _____

Date de début : _____ Durée probable : _____ Terminé le : _____

Si cette démarche s'est soldée par un échec, en expliquer les causes.

9 A. La personne pourrait-elle effectuer certains déplacements en transport en commun régulier sans nécessiter l'aide d'un accompagnateur ?

Non ► Pourquoi : _____

Oui, pour tous les déplacements.

Oui, sauf dans certaines situations. ► Précisez : _____

Oui, pour certains déplacements spécifiques. ► Précisez l'origine et la destination de ces déplacements :

Origine

Destination

B. Cette personne pourrait-elle utiliser le transport en commun régulier lorsqu'elle est accompagnée ?

Non ► Expliquez : _____

Oui

10 L'information contenue dans le présent document concernant le diagnostic et l'évaluation des incapacités provient :

D'une évaluation du demandeur ► Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation : _____

Du dossier du demandeur : Diagnostic ► Précisez la date : _____

Évaluation des incapacités ► Précisez la date : _____

Autre ► Précisez : _____

11 Depuis combien de temps traitez-vous ou offrez-vous des services à cette personne ?

Estampille ou sceau

Ce formulaire a été rempli par :

Nom, prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Numéro de pratique (s'il y a lieu) : _____

Estampille ou sceau
du professionnel ou
de l'établissement

Je certifie que les renseignements fournis sur (indiquez prénom et nom) M. _____ ou

M^{me} _____ sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le demandeur pourrait se voir refuser l'admission au transport adapté ou se voir révoquer son admission.

Signature obligatoire

Date (AAAA-MM-JJ)

Vous pouvez joindre en annexe tous les renseignements supplémentaires que vous jugez nécessaires à l'appui de cette attestation.

ANNEXE

Renseignements supplémentaires requis

Doit obligatoirement être rempli par le professionnel de la santé.

Nom complet du demandeur : _____

Si la personne était admise au transport adapté, ses limitations feraient-elles en sorte qu'elle nécessite l'assistance d'un responsable à destination ?

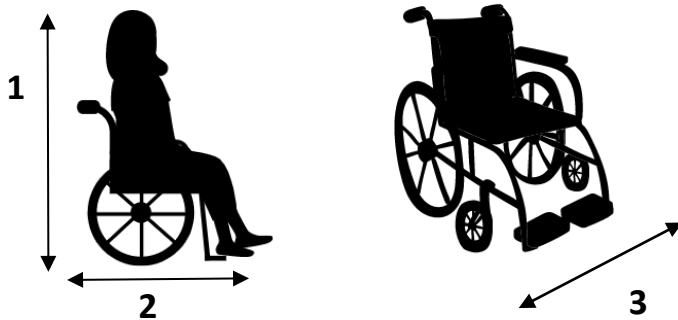
- La personne n'est pas autonome** et ne peut rester seule sans surveillance (ex. : incapacité à s'orienter seule, incapable de demander de l'assistance au besoin, risque de fugue, etc.) Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et devra s'assurer qu'un responsable prenne en charge la personne avant de quitter les lieux (quelqu'un devra toujours être présent lors de l'arrivée du véhicule).
- La personne est autonome**, le chauffeur peut la laisser seule à destination. (ex. : le client peut attendre seul à destination quelqu'un qui viendra le rejoindre). Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et quittera par la suite.

Si la personne était admise au transport adapté, est-ce que l'endroit où elle demeure est adapté à sa condition physique ?

- Non**, l'endroit où l'utilisateur demeure **n'est pas** adapté à sa condition physique actuelle (ex. : escaliers, aucune rampe d'accès, seuil de porte à passer, etc.). Précisez : _____
- Oui**, l'endroit où l'utilisateur demeure est adapté à sa condition physique actuelle.
- Inconnu**

Fauteuil roulant, quadriporteur ou triporteur du client

Marque : _____ Modèle : _____



- 1) **Hauteur maximale** : _____
(du sol à l'élément le plus haut).
- 2) **Longueur hors-tout** : _____
(maximum 1295 mm (51 ½ po))
- 3) **Largeur hors-tout** : _____
(maximum 787 mm (32 po))

*Poids maximal de 750 lbs incluant la personne.
Quatre (4) points d'ancrage obligatoires.*

Triporteurs et quadriporteurs

Pour utiliser un quadriporteur ou un triporteur, le client ne peut pas demeurer assis sur son équipement pendant le trajet à bord. Ainsi, il doit être capable d'effectuer lui-même le transfert de son quadriporteur ou triporteur au siège du véhicule sans autre aide à la mobilité. Effectuer un simple pivot n'est pas suffisant.

La personne est-elle en mesure d'effectuer le transfert de façon autonome ?

- Oui** **Non**

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le requérant pourrait se voir refuser le service de transport adapté.

Nom du professionnel autorisé : _____

Signature du professionnel autorisé : _____ Date : _____