

RAPPORT SUR LA DÉFICIENCE ET L'INCAPACITÉ

Ce rapport est requis pour que le SEMO Chaudière-Appalaches examine votre admissibilité à nos services d'intégration en emploi. Vous (le demandeur) devez remplir la section 1 et 2. Votre professionnel de la santé doit remplir les sections 3 à 5.

SECTION 1 — RENSEIGNEMENT DU DEMANDEUR DE SERVICE

Prénom et nom de famille		
Adresse (numéro, rue, app.), Ville, Code postal		
Numéro d'assurance maladie	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	Numéro de téléphone

SECTION 2 — AUTORISATION DU DEMANDEUR DE SERVICE

J'autorise le signataire de ce formulaire à fournir les renseignements ci-dessous aux représentants du SEMO Chaudière-Appalaches. Ces derniers sont soumis aux règles de confidentialité prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Je comprends que ces renseignements contribuent à déterminer si je suis admissible aux services du SEMO Chaudière-Appalaches. Veuillez apposer vos initiales en bas des pages 2 et 3 aux endroits marqués d'un « X ».

Signature du demandeur	Date
_____	_____

SECTION 3 – À REMPLIR PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MEMBRE D'UN ORDRE

Notez que la rapidité du traitement de la demande peut être influencée par la qualité et la lisibilité de ce rapport.

SECTION 3.1 — NATURE DE LA DÉFICIENCE

<input type="checkbox"/> Du psychisme	<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Neuro-développementale	<input type="checkbox"/> De la parole et du langage
<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> _____
➤ Diagnostic principal		Date	
Nom du professionnel qui a émis le diagnostic		Profession	
➤ Diagnostic secondaire (s'il y a lieu)		Date	
Nom du professionnel qui a émis le diagnostic		Profession	
➤ Autres diagnostics (s'il y a lieu)		Date	
Nom du professionnel qui a émis le diagnostic		Profession	

Est-ce que les limitations et les incapacités de la personne sont appelées à disparaître ? Oui Non

Pouvez-vous affirmer que la déficience dont est atteinte cette personne entraîne des limitations significatives et persistantes dans l'accomplissement des activités quotidiennes ? Oui Non ➤ Si oui, veuillez préciser :

SECTION 3.2 — MÉDICATION ET HOSPITALISATION

La personne prend-elle de la médication actuellement ? Oui Non ➤ Si oui, veuillez préciser :

Y a-t-il des effets secondaires à la médication ? Oui Non ➤ Si oui, lesquels :

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Somnolence | <input type="checkbox"/> Sudation | <input type="checkbox"/> Étourdissement |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Ralentissement psychomoteur | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Trouble de la concentration |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> Difficultés de sommeil |

Autres effets secondaires : _____

La personne a-t-elle déjà été hospitalisée ? Oui Non

Date de la dernière hospitalisation (MM/AAAA)

Hôpital

La personne a-t-elle besoin ou aurait-elle besoin d'un suivi psychosocial relié à sa condition ? Oui Non

➤ Si oui, veuillez préciser : _____

La personne a-t-elle besoin ou aurait-elle besoin d'un suivi médical relatif à sa condition ? Oui Non

➤ Si oui, veuillez préciser : _____

SECTION 3.3 — LES DIFFICULTÉS ET INCAPACITÉS

La personne éprouve une ou des difficultés importantes à :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lire | <input type="checkbox"/> Comprendre un message | <input type="checkbox"/> Résister physiquement à l'effort |
| <input type="checkbox"/> Écrire | <input type="checkbox"/> Évaluer une situation | <input type="checkbox"/> Manipuler des objets |
| <input type="checkbox"/> Effectuer des tâches mathématiques simples | <input type="checkbox"/> Résister au stress | <input type="checkbox"/> Motricité fine |
| <input type="checkbox"/> Être attentif, se concentrer | <input type="checkbox"/> Travailler sous pression | <input type="checkbox"/> Se déplacer |
| <input type="checkbox"/> Mémoriser | <input type="checkbox"/> Contrôler ses émotions | <input type="checkbox"/> Coordonner ses mouvements |
| <input type="checkbox"/> Organiser sa pensée | <input type="checkbox"/> Autocritique | <input type="checkbox"/> Garder l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Planifier ses actions | <input type="checkbox"/> Interagir avec d'autres personnes | <input type="checkbox"/> Fatigabilité |
| <input type="checkbox"/> Effectuer des tâches polyvalentes | <input type="checkbox"/> Voir | <input type="checkbox"/> Gérer la douleur |
| <input type="checkbox"/> Parler, communiquer | <input type="checkbox"/> Entendre | <input type="checkbox"/> Maintenir une posture |

Commentaires et précisions : _____

SECTION 3.4 — RECOMMANDATIONS POUR UN TRAVAIL SALARIÉ

Non, je ne suis pas favorable à un projet d'intégration ou à un retour au travail. Précisez : _____

Oui, je suis favorable à un projet d'intégration ou à un retour au travail.

CONDITIONS DE TRAVAIL RECOMMANDÉES

TEMPS DE TRAVAIL Temps plein Temps partiel, précisez : _____ heures par semaine

QUART DE TRAVAIL De jour De soir De nuit ➤ Raison : _____

POSTURE Assis Debout En alternance S.O.

MANUTENTION Oui Non ➤ Si oui, précisez la charge : _____

Quelles sont les autres difficultés qui pourraient compromettre son projet d'intégration au travail (Traits de personnalité importants menant à des problèmes de comportement. Réactions éventuelles de la personne face à des situations données, etc.) ?

SECTION 4 — COMMENTAIRES ADDITIONNELS

SECTION 5 — RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Le SEMO Chaudière-Appalaches est un organisme d'intégration en emploi pour les personnes handicapées. Le but de ce rapport est de consigner dans le dossier du client afin de statuer les limitations. Il est sous la responsabilité de la direction du SEMO Chaudière-Appalaches. Pour plus d'informations, contactez le centre administratif au **418 838-3036**.

Prénom et nom de famille (caractère d'imprimerie)

Numéro de permis (s'il y a lieu)

- Omnipraticien
 Autre, précisez :

Établissement (s'il y a lieu)

Téléphone

Je déclare, au meilleur de ma connaissance, que tous les renseignements que j'ai fournis dans ce rapport sont exacts et complets.

Signature du professionnel de la santé

Date

Où envoyer le Rapport sur la déficience et l'incapacité ?

Pour davantage de rapidité, nous vous prions d'envoyer le formulaire par télécopieur, par la suite, veuillez nous acheminer les originaux par courrier.

Par télécopieur : 418 838-3010

Par courrier : SEMO Chaudière-Appalaches
2055, boulevard Guillaume-Couture, bureau 116
Lévis (Québec) G6W 2S5