

Demande d'évaluation ou de
réparation d'orthèse au
service des aides techniques

Hôpital juif de réadaptation

Obligatoire : Joindre le formulaire de référence au service des aides techniques à cette demande
ET, s'il y a lieu, la prescription médicale.

Identification de l'utilisateur

Nom :

Prénom :

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Diagnostic et conditions associées :

Agents payeurs

CNESST

RAMQ

SAAQ

Assurances privées

Autre :

Histoire de cas et motif de référence

La demande de référence concerne :

Attribution initiale

Remplacement

Correction/ajustement

Autre :

Membre(s) supérieur(s)

droit

gauche

Planche à station debout

Membre(s) inférieur(s)

droit

gauche

Orthèse crânienne pédiatrique

Tronc

Autre :

Plaie Non Oui Précisez :

Objectif d'appareillage/besoin(s) ou problème(s) noté(s)

Signature du référent :

Date :

Transmettre cette demande au service des aides techniques (SAT) par télécopieur ou par courriel

- Télécopieur : 450 688-5187
- Courriel : sat_admission_hjr@ssss.gouv.qc.ca
- Question? : 450 688-5728, option 1, poste 84221