

ANNEXE XII - DEMANDE DE REMPLACEMENT
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8
progsss-irdpq.ciusscn@sss.gouv.qc.ca

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6300 AVENUE DARLINGTON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 2J4
programmes.ministeriels.irglm@sss.gouv.qc.ca



1. RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Personne responsable (père, mère, tuteur) _____

Adresse permanente _____

(ville) (code postal)
Numéro téléphone () _____ () _____
(résidence) (autre)

Numéro d'assurance maladie

Expiration

2. RAISON DU REMPLACEMENT (cochez SVP)

Il est de la responsabilité de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute de l'établissement demandeur de procéder à la demande de remplacement en fournissant les documents nécessaires comme au moment de la demande d'attribution initiale. Lorsque le triporteur ou le quadriporteur doit être remplacé à cause de l'usure ou à cause d'un coût de réparation dépassant 80 % du coût initial, s'il n'y a pas de changement dans la condition physique de la personne, un nouveau portrait médical n'est pas nécessaire (article 5.2.4 du Guide de gestion).

- Changement de la condition médicale (Validé avec les informations médicales pertinentes)
- Appareil non réparable (Justification du mécanicien) _____
- Coût élevé des réparations (Estimation du coût) _____
- Autres _____
- Marque et modèle de l'appareil à remplacer _____

3. JUSTIFICATION DU REMPLACEMENT

L'utilisateur répond-il toujours aux critères stipulés dans le guide de gestion du Ministère?

OUI NON

4. RECOMMANDATIONS

L'ergothérapeute ou le physiothérapeute doit préalablement vérifier auprès du mandataire si un appareil valorisé répond aux besoins de l'utilisateur.

- Triporteur Quadriporteur
 Neuf : Annexez le bon de commande. Valorisé : Aucune soumission n'est requise.

Attestation de l'essai avec le nouvel appareil dans le milieu de vie (ex. : lieu de remisage, autonomie)

5. PROFESSIONNEL QUI FAIT LA DEMANDE

Nom de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute

Signature de l'ergothérapeute ou physiothérapeute

Numéro de permis

Date de la demande

SVP joindre les documents suivants :

- Portrait médical si changement de condition
 Rapport d'évaluation de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute
 Lettre d'engagement signée par l'utilisateur