

**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](mailto: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](mailto: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