

**LA CROISÉE**

210, Charest Est, Bureau 200, Québec (Québec) G1K 3H1  
Téléphone : 529-6841                      Télécopieur : 529-5085

## RAPPORT SUR LA DÉFICIENCE ET L'INCAPACITÉ

**Nom du patient :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**N.A.S. :** \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

Par la présente, j'autorise \_\_\_\_\_  
à fournir à **LA CROISÉE**, les renseignements demandés pour constituer mon dossier.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS

**LA CROISÉE** est un organisme d'aide à l'emploi pour les personnes vivant une situation de handicap par rapport à l'emploi en raison de leurs limitations fonctionnelles. Ce rapport est pour nous et notre client un outil essentiel à la poursuite des démarches d'intégration au travail.

#### 1. Nature de la déficience

**A.** Lequel ou lesquels des systèmes organiques suivants présentent des anomalies?

<input type="checkbox"/>	Système nerveux	<input type="checkbox"/>	Système respiratoire	<input type="checkbox"/>	Système sanguin et immunitaire
<input type="checkbox"/>	Système auditif	<input type="checkbox"/>	Système cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	Système reproducteur
<input type="checkbox"/>	Système oculaire	<input type="checkbox"/>	Système urinaire	<input type="checkbox"/>	Système cutané
<input type="checkbox"/>	Système digestif	<input type="checkbox"/>	Système endocrinien	<input type="checkbox"/>	Système musculaire
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Morphologie	<input type="checkbox"/>	Système osseux et articulaire

La nature de la déficience ne peut être établie à partir d'anomalies à l'in de ces systèmes.  
Précisez le diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Précisez le diagnostic secondaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**B.** La personne a-t-elle des incapacités à l'une ou plusieurs des fonctions suivantes?

<input type="checkbox"/>	Reliées aux activités motrices	<input type="checkbox"/>	Reliées aux comportements et aux relations
<input type="checkbox"/>	Maintien d'une posture	<input type="checkbox"/>	Reliées aux sens et à la perception
<input type="checkbox"/>	Déplacements	<input type="checkbox"/>	Reliées à la respiration
<input type="checkbox"/>	Manutention	<input type="checkbox"/>	Reliées à la digestion
<input type="checkbox"/>	Motricité fine	<input type="checkbox"/>	Reliées à l'excrétion
<input type="checkbox"/>	Reliées aux activités intellectuelles	<input type="checkbox"/>	Reliées à la reproduction
<input type="checkbox"/>	Reliées au langage et à la communication	<input type="checkbox"/>	Reliées à la résistance et à l'effort

**Précisez :** \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical en rapport avec la déficience : \_\_\_\_\_

Dates de ou des hospitalisations lié(es) à la déficience :

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

2. La personne doit-elle prendre une médication régulière?

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Cette médication occasionne-t-elle des effets secondaires?

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. La personne doit-elle recevoir des traitements médicaux reliés à sa ou ses déficiences ou incapacités?

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Pour une période indéterminée : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pour une période déterminée : \_\_\_\_\_

Nature des traitements : \_\_\_\_\_

5. La personne a-t-elle besoin d'un suivi psychosocial relié à ses incapacités?

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. La personne peut-elle occuper un emploi?

\_\_\_\_\_ Oui, temps complet

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Oui, temps partiel

7. Avez-vous des recommandations particulières relatives à des contre-indications en emploi pour cette personne?

Commentez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Avez-vous des renseignements pertinents : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOUS VOUS DEMANDONS DE NOUS OFFRIR CE SERVICE SANS FRAIS**

Nom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_