



Demande de services

225, rue King William, bureau 508
Hamilton (Ontario) L8R 1B1
Tél : 905 523-8852 Téléc. : 905 523-8211
Courriel : info@braininjuryservices.com
Site Web : www.braininjuryservices.com

Nom du client : _____ Homme Femme
(Nom, prénom)

N° de carte Santé : _____ Version : _____ Date d'expiration : _____

Date de naissance : ____/____/____ Date de la demande : ____/____/____
année mois jour année mois jour

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cocher la case appropriée : Célibataire Marié Divorcé

Situation actuelle : vis seul vis avec d'autres (préciser) _____

Logement :

maison foyer de groupe immeuble d'habitation logement avec services de soutien
 maison de chambres établissement de soins de longue durée hôpital autre _____

Citoyenneté : Canadien Résident permanent Autre

Résident de l'Ontario : Oui Non Si oui, depuis quand? _____

Langues parlées : _____ Interprète exigé : Oui Non

Affiliation à une bande des Premières nations : _____

N° de la carte de statut : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA LÉSION CÉRÉBRALE

Date de la lésion : _____

Cause de la lésion : (p. ex. anoxie, voies de fait, accident de la route, chute, etc.)

Ontario Association of Community-Based Boards for Acquired Brain Injury Services (OACBABIS)

Les renseignements contenus dans le présent formulaire sont confidentiels et aucune personne non autorisée n'y aura accès sans le consentement du client ou du mandataire spécial. Révisé le 14 novembre 2007.

RÉSEAU DE SOUTIEN PERSONNEL / PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE**Personne à joindre en cas d'urgence :** _____

Lien : _____ Courriel : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (bureau) : _____

Autre personne à joindre : _____

Lien : _____ Courriel : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (bureau) : _____

AUTEUR DU RENVOI EN CONSULTATION**Nom :** _____ **Téléphone :** _____

Nom de l'organisme _____ Courriel : _____

Lien : _____ **Personne-ressource :** Oui Non**TYPE DE SERVICE DEMANDÉ** En établissement Services de jour Services communautaires Autre**ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS**

Programme / Établissement / Hôpital	Dates du traitement (année/mois/jour)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource

LISTE DES SERVICES DEMANDÉS AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES (p. ex. réadaptation professionnelle, toxicomanie)			
Nom de l'établissement / du programme	Personne-ressource	Adresse, numéro de téléphone	État de la demande

Veillez noter que les rapports médicaux, de soins auxiliaires, de services de réadaptation ou de services professionnels sont exigés : neurochirurgie, neuropsychologie, orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, travail social, psychologie, psychiatrie, sommaires de l'évaluation et de la mise en congé. Si vous avez des copies de ces rapports, veuillez les annexer au présent formulaire.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS MÉDICAUX

Convulsions Non Oui
Si oui, préciser : _____

Fauteuil roulant Non Oui Manuel Motorisé
 Transferts Oui Non
Si oui, préciser : _____

Appareils et accessoires fonctionnels Non Oui
Si oui, préciser les appareils et accessoires exigés : _____

Soins auxiliaires Non Oui
Si oui, préciser : _____

Besoin de supervision ou d'aide pour la marche Non Oui
Si oui, cela s'applique-t-il : aux surfaces de niveau aux escaliers ou aux deux

Troubles de la communication : Non Oui
Si oui, préciser : _____

Autres troubles physiques (allergies, trouble cardiaque, restrictions alimentaires, etc.) Non Oui
Si oui, décrire : _____

Antécédents de toxicomanie avant la lésion : Non Oui antécédents non disponibles
 Toxicomanie actuelle : Non Oui inconnu
 Traitement pour la toxicomanie recommandé : Non Oui
 Antécédents psychiatriques : Non Oui
 Décrire : _____

État psychiatrique actuel : _____

Notes de consultation psychiatrique : incluses rapport à suivre non disponibles

Études : Niveau de scolarité le plus élevé : _____

Si le client est étudiant, indiquer le nom de l'établissement : _____

Nom du dernier employeur : _____
 Poste détenu : _____ Depuis quand? _____

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS**Cocher la source de revenu :**

- Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) Ontario au travail
 Sécurité de la vieillesse (SV) Régime de pensions du Canada (RPC)
 Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)
 Invalidité de longue durée (privé)

Nom de l'avocat : _____
 Cabinet : _____ Téléphone : _____

Nom de l'expert d'assurances : _____
 Société/entreprise : _____ Téléphone : _____

Nom du gestionnaire de cas – réadaptation : _____
 Organisme/entreprise : _____ Téléphone : _____

- Règlement d'assurances Règlement structuré Héritage Emploi à temps partiel
 Emploi à temps plein Biens générateurs de revenus – décrire : _____

Revenu mensuel : _____

Avez-vous directement accès à votre revenu? Oui Non **Si non**, fournir le nom et le numéro de téléphone du mandataire spécial/délégué de pouvoir et annexer la documentation pertinente :

Je, soussigné(e) _____, certifie par les présentes que les renseignements ci-dessus sont exacts au meilleur de ma connaissance.

Signature (demandeur ou mandataire spécial) _____

Date _____

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES SANS BUT LUCRATIF POUR ADULTES QUI VIVENT AVEC LES EFFETS D'UNE LÉSION CÉRÉBRALE DE L'ONTARIO			
Nom du programme (Cocher le nom des organismes à qui vous avez présenté une demande)	Adresse	N° de téléphone	N° de télécopieur
<input type="checkbox"/> Programme de traitement des lésions cérébrales acquises du Centre de réadaptation	125, rue Scrivens Ottawa ON K2B 6H3	613 726-1558	613 726-1764
<input type="checkbox"/> Réintégration communautaire des personnes ayant une lésion cérébrale (Niagara) Inc.	261, chemin Martindale, bureaux 12 et 13 St. Catharines ON L2W 1A1	905 687-6788 1 800 996-8796	905 641-2785
<input type="checkbox"/> Services aux personnes ayant subi une lésion cérébrale.	225, rue King William., bureau 508	905 523-8852	905 523-8211

	Hamilton ON L8R 1B1		
<input type="checkbox"/> Services aux victimes de traumatismes crâniens du Nord de l'Ontario	426, rue Balmoral St. Thunder Bay ON P7C 5G8	807 623-1188	807 623-1201
<input type="checkbox"/> Brain Injury Services of Simcoe Muskoka	560 Bryne Dr., bureau 4 Barrie ON L4N 9P6	705 734-2178 Sans frais : 877 320-1950	705 734-1598
<input type="checkbox"/> Community Head Injury Resource Services of Toronto (CHIRS)	62, avenue Finch Ouest Toronto ON M2N 2H4	416 240-8000	416 240-1149
<input type="checkbox"/> Dale Brain Injury Services Inc.	815, rue Shellborne London ON N5Z 4Z4	519 668-0023	519 668-6783
<input type="checkbox"/> Peel Halton Acquired Brain Injury Services (PHABIS)	176 Robert Speck Parkway Mississauga ON L4Z 3G1	905 949-4411	905 949-4019
<input type="checkbox"/> Centre Vista	211, av Bronson, bureau 214 Ottawa ON K1R 6H5	613 234-4747	613 234-3625