

## RAPPORT SUR LA DÉFICIENCE ET L'INCAPACITÉ

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

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

N.A.M. : \_\_\_\_\_

### 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 – sans but lucratif – 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 ? Cochez

<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

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 ? Cochez

<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 des hospitalisations liées 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 ou poursuivre une formation ?

Oui, temps complet

Non

Oui, temps partiel

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

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Si des frais étaient exigibles, ils devront être à la charge de notre client.  
Sincères remerciements pour votre collaboration.

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

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

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

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