



Formulaire Médical de demande d'un chien d'assistance

À remplir par un professionnel ou une professionnelle de la santé. Veuillez fournir les informations concernant la personne demandant un chien d'assistance

Identification du professionnel

Nom du professionnel

Prénom

Nom de famille

Numéro de téléphone

Merci de saisir un numéro de téléphone valide.

Email

exemple@exemple.com

Adresse du lieu de pratique

Numéro et rue

Complément d'adresse

Ville

Département/Région

Code Postal

Spécialité du professionnel

Numéro de permis:

Patient connu depuis :

Mois Jour Année

Identification du patient

Nom

Prénom Nom de famille

Email

exemple@exemple.com

Numéro de téléphone

Merci de saisir un numéro de téléphone valide.

Adresse

Numéro et rue

Complément d'adresse

Ville Département/Région

Code Postal

État de santé du patient

Quels sont le(s) diagnostic(s)

Trouble de stress post traumatique (TSPT)

Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Trouble de personnalité limite (TPL)

Trouble de l'humeur

Agoraphobie

Autre (s) Veuillez préciser: _____

Date du (des) diagnostics

Mois Jour Année

Quels sont les principaux symptômes du patient ?:

Ces signes, manifestations et symptômes persistent-ils dans le temps? (plus de six mois)

Oui

Non

Est-ce que les symptômes actuels peuvent limiter le patient dans ses activités ou dans ses interactions quotidiennes?

Non

Oui, veuillez préciser:

Est-ce que l'état actuel du patient lui permet de s'occuper d'un chien ?(ex. le nourrir, le sortir, l'amener au vétérinaire, etc)

Non

Oui

Est-ce que le patient à des difficultés pouvant limiter sa compréhension, sa communication et son

apprentissage ?

Non

Oui, veuillez préciser: _____

Est-ce que le patient à un suivi médical régulier ?

Non

Oui, veuillez préciser: _____

Selon vous, le patient serait-il en mesure de bien contrôler un chien d'assistance tout en gérant le stress associé au fait d'être accompagné par son chien d'assistance ? (se faire approcher, questionner, regarder, etc.)

Oui

Non

Recommandez-vous l'utilisation d'un chien d'assistance comme un moyen pour aider le patient à pallier ses difficultés au quotidien ?

Oui

Non, veuillez préciser: _____

J'atteste que les informations inscrites dans le formulaire sont véridiques et au meilleur de mes connaissances

Signature

Date

Mois Jour Année

Le Domaine SoMa - entreprise de formation de chien d'assistance, s'engage à ne divulguer aucune information contenu dans ce formulaire, à garder les informations confidentielles et à les utiliser uniquement dans le cadre de ses activités professionnelles.

Pour toutes questions n'hésitez pas à communiquer avec nous

Domaine SoMa, 514-588-4684 et ledomainesoma@gmail.com

