



RAPPORT MÉDICAL POUR DEMANDE DE CHIENS D'EVEIL

À être complété par votre médecin

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Veillez écrire en lettres capitales. Toutes les sections doivent être complétées de façon lisible ou le processus de demande ne pourra être complété.

Nom du demandeur		Date	
-------------------------	--	-------------	--

Veillez fournir l'information nécessaire sur ma santé à MILA asbl. Cette information sera gardée confidentielle et ne sera utilisée que pour évaluer mon éligibilité à obtenir un chien d'assistance et pour sélectionner mon jumelage avec un chien d'assistance.

Signature du demandeur

Date

(ou) Signature du Parent ou représentant légal

Date

VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT, À LA MACHINE, EN LETTRES CAPITALES OU CACHET.

Nom du médecin				
Spécialité				
Adresse				
Ville		Code Postal		Pays
Téléphone				

INFORMATIONS MÉDICALES

Diagnostic du patient

Autisme TED Le syndrome d'Asperger Le syndrome de Rett autres (precisez)

Veillez décrire la condition du patient (continuer au verso au besoin)

--

Handicap secondaire

Veillez décrire

Veillez décrire les limitations du patient et toutes autres informations pertinentes

--

Veillez cocher les cases appropriées sur la condition de votre patient

- Diabète Épilepsie Maladie Cardiaque Défaut d'élocution Haute pression
 Rhumatisme articulaire aigu Paralysie Infantile Surdité Cécité VIH
 Anxiété Embolie cérébrale Convulsions  vanouissements Hernie Allergies Polio
 Mobilité réduite Perte de mémoire à court terme Perte de mémoire à long terme Asthme
 Problèmes de coordination Endurance réduite Spasticité Faiblesse musculaire
 Douleurs chroniques Dépression Sensibilité de la peau Déséquilibre Fragilité osseuse

Veillez énumérer tous les médicaments prescrits à votre patient.

<u>Médication</u>	<u>Dosage</u>	<u>Condition ou Maladie</u>	<u>Effets secondaires</u>	<u>Administré par le patient?</u>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N

<u>Est-ce que votre patient :</u>	<u>1 = Faible 10 = Bon</u>
Exerce un bon jugement et prend les bonnes décisions quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A une perception et mémoire suffisante pour gérer ses tâches de la vie quotidienne?	
A l'habilité d'apprendre et suivre des directives quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A la capacité de prendre des décisions quant à sa sécurité et celles des autres?	
A la capacité de garder niveau d'attention envers une tâche.	
A la capacité de contrôler ses mouvements physiques.	

Autres commentaires à propos de votre patient reliés à son habilité et/ou aptitude à recevoir un chien d'assistance.

Signature du Médecin

Date