FICHE DE RÉFÉRENCE INTER-ORGANISME - RLS DE SHERBROOKE

SERVICE(S) DEMANDÉ(S) :

☐ PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) / P.A.S (Programme d'amélioration à la stabilité) / PED (Programme d'entraînement à domicile)
Lieu : Sercovie Fax : 819 565-0200
Courriel : administration@sercovie.org

☐ PIED Lieu : Rayon de Soleil de l'Estrie
Courriel : rdse@rayonsoleilestrie.com

☐ PIED Lieu : Aide communautaire de Lennoxville
Courriel : info@communityaid.ca

☐ Remodeler sa vie Lieu : CLSC 1200 King Est
Fax : 819 563-1605

☐ Évaluation de soutien à domicile par le CLSC (ergo, physio, nutrition, service social)
Fax : 819 563-1605

☐ Équi_Libre
Fax : 819 563-1605

☐ Viactive Lieu : Sercovie Fax : 819 565-0200
Courriel : administration@sercovie.org

☐ Pro-Actif (Programme d'activation des capacités, de traitement et d'interventions fonctionnelles)
Fax : 819 563-1605

Nom de l'expéditeur et titre d'emploi (si applicable) : _____

Signature : _____ Téléphone : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE :

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

MOTIF DE RÉFÉRENCE(S) :

☐ 1. Chute, quasi-chute ou histoire de perte d'équilibre
☐ 2. Douleur (précisez) : _____
☐ 3. Déconditionnement, perte de capacité physique (marche, transferts, tolérance à l'effort, etc.)
☐ 4. Observation de changements au niveau de l'état cognitif (mémoire, attention, concentration, etc.)
☐ 5. Diminution de ses implications ou contacts

PROBLÈMES DE SANTÉ (SI CONNUS) :

_____
_____
_____

AUTRES INFORMATIONS (SI CONNUES) :

☐ 1. Auxiliaire à la marche : _____
  ☐ 1.1. Occasionnel : _____
  ☐ 1.2. En tout temps : _____
☐ 2. TUG : _____
☐ 3. BERG : _____

J'accepte que les informations contenues dans ce document soient transmises à l'organisme indiqué afin qu'on puisse vérifier mon admissibilité et qu'on me contacte par la suite.

Signature de l'usager : _____ Date : _____