

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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



Office d'habitation de l'Outaouais

# Attestation médicale

Attribution d'un logement particulier

**VEUILLEZ FAIRE COMPLÉTER CE FORMULAIRE PAR LE MÉDECIN OU L'ERGOTHÉRAPEUTE**

**Votre patient, en raison de problèmes de santé, désire :**

- Transférer de son logement actuel vers un autre répondant mieux à ses besoins particuliers
- Obtenir un logement répondant à ses besoins particuliers
- Obtenir un logement sans tapis (remplir uniquement la partie 4 du formulaire)

**Pour cela, il faut une justification médicale. Merci de compléter ce bref formulaire.**

## PARTIE 1 – ÉTAT DE SANTÉ

- Quelle maladie ou problème de santé justifie cette demande ? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Le patient présente-t-il d'un handicap moteur ou sensoriel? Oui  Non   
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
- La maladie, trouble ou handicap dont est atteint le patient est-il de nature évolutive?  
Oui  Non
- Le patient a-t-il la capacité de monter des marches? Oui  Non   
Si oui, précisez le nombre de marche : \_\_\_\_\_

## PARTIE 2 – AIDE TECHNIQUE NÉCESSAIRE

- Le patient utilise-t-il un aide technique tel que (cochez les options applicables) :
  - Canne, béquilles, déambulateur
  - Lève-personne
  - Fauteuil roulant manuel ou électrique
  - Lit médicalisé (lit d'hôpital)
  - Triporteur, quadriporteur
  - Autre : \_\_\_\_\_
- Le patient a-t-il besoin de soins/aide pour effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ)?  
Oui  Non
- Si oui, le patient reçoit-il de l'aide du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) pour effectuer ses AVQ?  
Oui  Non
- Si oui, quels services lui sont offerts ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Le patient nécessite-t-il qu'un aidant naturel réside avec lui pour l'aider à effectuer ses AVQ?  
Oui  Non

## PARTIE 3 – BESOINS PARTICULIERS EN TERME D'HABITATION

- Si le patient utilise un appareil pour ses déplacements, quel est sa largeur maximale? : \_\_\_\_\_

- Le patient a-t-il la capacité d'ouvrir les portes sans aide? Oui  Non
- Le patient peut-il fonctionner quotidiennement dans une cuisine dont les armoires et les comptoirs sont d'hauteur standard? Oui  Non
- Le patient peut-il utiliser quotidiennement une toilette d'une hauteur standard? Oui  Non
- Le patient peut-il utiliser une baignoire pour effectuer ses soins d'hygiène corporels? Oui  Non
- Le patient a-t-il d'autres besoins particuliers en terme de logement? : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Le patient a-t-il accès aux services d'un ergothérapeute? Oui  Non   
 Si oui, quel est son nom? : \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 – PROBLÈMES DE SANTÉ RELIÉS À LA PRÉSENCE DE TAPIS DANS LE LOGEMENT**

- Le patient souffre-t-il d'asthme? Oui  Non
- Le patient souffre-t-il de d'allergies ou autres problèmes de santé reliés directement à la présence de tapis? Oui  Non   
 Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
- Si le patient présente des symptômes d'allergies pouvant être causés par la présence de tapis, est-ce que cela a été confirmé par un test fait par un allergologue ? Oui  Non
- La présence de tapis nuit-elle à la mobilité du patient? Oui  Non
- Le retrait du tapis améliorera-t-il la condition de santé du patient reliée aux problèmes mentionnés ci-haut? Oui  Non   
 De qu'elle façon? : \_\_\_\_\_
- Est-ce que les autres mesures préventives ont été appliquées (couvre-matelas, literie anti-allergène, pas d'animaux dans le logement, etc.) Oui  Non

**COMMENTAIRES ADDITIONNELS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
 Numéro de pratique ou de profession

\_\_\_\_\_  
 Signature du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
 Date

Pour toutes questions ou informations supplémentaires reliées à ce formulaire, n'hésitez pas à contacter \_\_\_\_\_.