

**CERTIFICAT MÉDICAL  
POUR PERSONNE HANDICAPÉE**

**AVIS IMPORTANT AU MÉDECIN TRAITANT OU AU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**  
La personne qui vous remet le présent formulaire a produit à l'ORH d'Argenteuil une demande spéciale cochée dans la case suivante :

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personne exigeant un logement au rez-de-chaussée  | compléter questions A-B-D-E   |
| <input type="checkbox"/> Personne ne pouvant partager sa chambre à coucher | compléter questions A-B-C-D-E |
| <input type="checkbox"/> Personne en perte d'autonomie                     | compléter questions A-B-D-E   |

Le traitement équitable de son dossier dépend de la qualité de l'information que vous y inscrivez. Pour obtenir plus d'explications sur le présent formulaire, veuillez communiquer avec nous.

Identification et autorisation du patient NOM ET PRÉNOM		Identification and authorization of patient NO. D'ASSURANCE-MALADIE	
Par la présente, j'autorise le médecin à fournir à l'ORH d'Argenteuil toute information concernant mon état de santé physique ou mentale actuel		authorize the physician to give to ORH d'Argenteuil any information regarding my current state of physical or mental health.	
Date	Signature du patient	Date	Signature of patient

En vertu du règlement sur l'attribution des logements à loyer modique, loi sur la Société d'Habitation du Québec (L.R.Q., C. S-8, R.1.1.1) on n'entend par « personne handicapée » toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

**A- L'handicap ou l'état de santé de la personne ci-haut mentionnée exige-t-il un logement situé au rez-de-chaussée et ne comportant aucun escalier?**

OUI  NON

Si oui, veuillez en donner les raisons médicales

---



---

Si non, veuillez expliquer davantage.

---



---

**B- Est-il nécessaire pour cette personne de se déplacer avec une aide technique ou médicale?**

OUI  NON

Aide technique ou médicale	Ne s'applique pas	À l'intérieur du domicile	À l'extérieur du domicile
Canne, béquilles, ambulateur, marchette			
Fauteuil roulant manuel ou électrique			
Triporteur, quadriporteur			
Lève-personne			
Lit médical (d'hôpital)			
Aide technique pour la déficience auditive			
Aide technique pour la déficience visuelle			
Autres (précisez)			

**C- Est-il nécessaire d'attribuer une chambre supplémentaire à cette personne handicapée au sens de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q. c. E-201) dont la déficience physique ou mentale ou le moyen utilisé pour pallier son handicap l'empêche de partager une chambre?**

OUI  NON

Si oui, quelle déficience physique ou mentale ou le moyen utilisé pour pallier son handicap l'empêche de partager sa chambre?

---



---

**D. Questions relatives à l'évaluation de l'autonomie**

**La personne a-t-elle besoin d'une aide partielle ou complète pour faire les activités suivantes?**

Santé (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Prendre les médicaments selon les recommandations du médecin			
Se lever, s'asseoir et se coucher			
Marcher			
Appeler du secours en cas d'urgence : ambulance, service Info-Santé, etc.			
Monter les marches :			
Aucune <input type="checkbox"/>			
1 à 7 marches <input type="checkbox"/>			
1 étage <input type="checkbox"/>			
2 étages <input type="checkbox"/>			
Plus de 2 étages <input type="checkbox"/>			
Autre situation <input type="checkbox"/>			
<b>COMMENTAIRES</b>			
Repas (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Préparer les repas			
Manger			
Faire les courses			
Commentaires :			
Hygiène (activité complétée)	Seul	Avec une aide partielle	Avec une aide complète
Prendre un bain			
Aller aux toilettes			
S'habiller			
Faires des travaux domestiques			
Faire la lessive			
Commentaires :			

**E- Pour chacune des sections complétées A, B, C, ou D ces besoins sont-ils pour une période?**

- A- TEMPORAIRE (durée de période)  \_\_\_\_\_ PERMANENTE ET IRRÉVERSIBLE
- B- TEMPORAIRE (durée de période)  \_\_\_\_\_ PERMANENTE ET IRRÉVERSIBLE
- C- TEMPORAIRE (durée de période)  \_\_\_\_\_ PERMANENTE ET IRRÉVERSIBLE
- D- TEMPORAIRE (durée de période)  \_\_\_\_\_ PERMANENTE ET IRRÉVERSIBLE

<b>Identification et signature du médecin</b>	
<b>Nom et prénom (en lettre majuscules)</b>	<b>No. de permis d'exercice</b>
<b>Adresse</b>	<b>Numéro de téléphone</b>

\_\_\_\_\_

Médecin ou professionnel de la santé

\_\_\_\_\_

Date