Rapport Médical

Je, _____, suis dûment qualifié dans la province de l'Ontario à titre de_____.

Nom du patient(e) : _____.
Date de naissance : _____.

_____ _____
Signature Date

1. Mon patient / Ma patiente a la condition suivante : _____ _____	Oui	Non
2. Y a-t-il des déficiences importantes reliées à cette condition?	Oui	Non
3. Les déficiences qui y sont associée sont: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
4. Les déficiences sont présentes depuis __ __/__ __ __ __ (M M A A A A) et sont : ☐ continues ☐ récurrentes		
5. La durée prévue des déficiences est d'un an ou plus	Oui	Non
6. Les déficiences se traduisent par des limitations importantes.	Oui	Non
7. Les limitations qui y sont associées sont : _____ _____ _____ _____ _____ _____		
8. Mon patient / Ma patiente a des limitations importantes qui affectent sa capacité :		
- À prendre soin de lui-même/d'elle-même	Oui	Non
- À fonctionner dans la communauté	Oui	Non
- À fonctionner dans un milieu de travail	Oui	Non
9. La condition devrait : ☐ améliorer ☐ détériorer ☐ rester stable ☐ inconnue.		

(Ce document fut préparé par la Clinique juridique populaire de Prescott et Russell Inc. 2015)
S:\General\Projets communautaires\PLEI\ODSP - Formulaire Rapport Médical.docx