



Formulaire médical

Chez Les Chiens BLOOM, nous formons des chiens d'assistance spécialisés pour accompagner les personnes en situation de handicap, notamment celles et ceux présentant des troubles psychiatriques, neurodéveloppementaux ou médicaux. Ces chiens sont entraînés à détecter et à prévenir certains symptômes, ainsi qu'à intervenir rapidement lors de situations de crise. Leur mission est de favoriser l'autonomie de leurs partenaires et de soutenir leur intégration sociale en répondant à des besoins spécifiques. À l'issue de leur formation, nos chiens bénéficient d'une reconnaissance légale, leur permettant d'accéder à tous les lieux publics, services et transports. Dans ce cadre, nous sollicitons votre expertise afin d'évaluer les besoins de la personne concernée et les raisons justifiant l'acquisition d'un chien d'assistance. Nous vous prions de bien vouloir noter que le formulaire médical doit être rempli par un-e professionnel-le habilité-e à poser un diagnostic, tel-le un-e médecin, psychiatre ou psychologue.

Identification de la professionnel-le

Prénom : _____ Nom : _____

Titre : _____ N° de permis : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Établissement de pratique : _____

Adresse de l'établissement : _____

Date du début du suivi : _____ Fréquence du suivi : _____

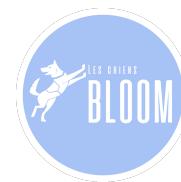
Identification de la personne bénéficiaire

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____

Quel est le(s) diagnostic(s) identifié(s) ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) | <input type="checkbox"/> Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) |
| <input type="checkbox"/> Trouble Déficitaire de l'Attention sans Hyperactivité (TDA) | <input type="checkbox"/> Trouble d'Anxiété Sociale (TAS) |
| <input type="checkbox"/> Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) | <input type="checkbox"/> Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) |
| <input type="checkbox"/> Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) | <input type="checkbox"/> Migraines Chroniques (MC) |
| | <input type="checkbox"/> Diabète : _____ (type) |
| | <input type="checkbox"/> Épilepsie |



Autre(s) diagnostic(s) ou précisions : _____

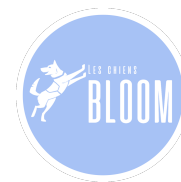
** Nous vous prions d'inclure l'ensemble des diagnostics dans ce formulaire. Si vous n'êtes pas le-la professionnel-le ayant posé le ou les diagnostics, nous vous remercions de bien vouloir joindre les rapports médicaux pertinents. Cela nous permettra de mieux accompagner la personne bénéficiaire en tenant compte de ses besoins globaux.*

Symptômes observés:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Attaque de panique | <input type="checkbox"/> Nausée | <input type="checkbox"/> Épisode dissociatif |
| <input type="checkbox"/> Hyperventilation | <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Insomnie |
| <input type="checkbox"/> Hypersensibilités | <input type="checkbox"/> Palpitation cardiaque | <input type="checkbox"/> Hypersomnie |
| <input type="checkbox"/> Hyposensibilité | <input type="checkbox"/> Trous de mémoire | <input type="checkbox"/> Cauchemars |
| <input type="checkbox"/> Agoraphobie | <input type="checkbox"/> Concentration difficile | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Hypervigilance | <input type="checkbox"/> Mutisme |
| <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Reviviscence | <input type="checkbox"/> Hallucinations visuelles |
| <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> Écholalie | <input type="checkbox"/> Hallucinations auditives |

Autre(s) : _____

Depuis quand ces symptômes persistent-ils ? : _____



Quelle est la fréquence des symptômes ? Occasionnelle Intermittente Permanente

Est-ce que les symptômes actuels limitent les activités quotidiennes de la·du patient·e ? Oui Non

Quels moyens ou interventions ont été mis en place pour pallier la situation de handicap ? (Médicaments, thérapies, autres) : _____

Ces moyens ont-ils été suffisants pour pallier la situation de handicap ? Oui Non

Considérez-vous que la·le patient·e est apte à prendre soin d'un chien selon la présentation de ses symptômes actuels ? Oui Non

Approuvez-vous l'utilisation d'un chien d'assistance pour accompagner la/le patient·e ? Oui Non

Commentaire(s) : _____

Signature de la/du professionnel·le

Date