



## FORMULAIRE MÉDICAL

*Si ce formulaire n'est pas complété par un-e professionnel-le habilité-e à faire une prescription médicale, tel-le un-e médecin ou psychiatre, **une prescription d'un chien d'assistance doit impérativement être jointe au formulaire** pour que la demande soit validée.*

*Veillez noter qu'un-e professionnel-le membre d'un ordre professionnel (par exemple, OTSTCFQ, Ordre des psychologues du Québec, etc.) faisant partie de l'équipe traitante actuelle de la personne aidée peut remplir ce document.*

*Chez Les Chiens BLOOM, nous formons des chiens d'assistance spécialisés pour accompagner les personnes en situation de handicap, notamment celles et ceux vivant avec des troubles psychiatriques et/ou neurodéveloppementaux. Ces chiens sont spécifiquement entraînés pour détecter et prévenir certains symptômes afin d'éviter une détérioration de ceux-ci ou intervenir de manière appropriée lors de situations de crise. À l'issue de leur formation, nos chiens d'assistance bénéficient d'une reconnaissance légale qui leur permet d'accéder à tous les lieux publics, services et transports, conformément aux lois en vigueur. Dans ce cadre, nous sollicitons votre expertise afin d'évaluer les besoins de la personne concernée et de justifier l'acquisition d'un chien d'assistance.*

*Il faut préciser qu'un **chien d'assistance constitue un complément aux traitements en cours et intervient en dernier recours**, lorsque les mesures déjà mises en place, telles que les suivis psychosociaux ou la médication, se révèlent insuffisantes pour garantir une autonomie suffisante.*

**IDENTIFICATION DE LA·DU PROFESSIONNEL·LE**

*Vous pouvez apposer votre tampon d'identification ici, si applicable.*

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Établissement de pratique : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date du début du suivi : \_\_\_\_\_ Fréquence du suivi : \_\_\_\_\_

Autorisez-vous un·e membre de notre équipe à vous contacter si nécessaire pour le suivi des besoins médicaux de la personne aidée ?  Oui  Non

Si **non**, qui pouvons-nous contacter ? (Veuillez noter que ce·tte professionnel·le doit être déjà informé·e de la possibilité d'être contacté·e et avoir donné son accord préalable.)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ N° de permis : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Établissement de pratique : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Inscrivez les diagnostics identifiés :

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

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 ces diagnostics, merci de bien vouloir joindre les rapports médicaux pertinents. Cela nous aidera à 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

Spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Spécifiez : : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

*Je soussigné·e, \_\_\_\_\_, en tant que professionnel·le et membre de l'équipe traitante, certifie avoir rempli ce document.*

\_\_\_\_\_

Signature de la·du professionnel·le

\_\_\_\_\_

Date