



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.*

Veuillez 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 :

- | | |
|---|--|
| ☐ Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) | ☐ Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) |
| ☐ Trouble Déficitaire de l'Attention sans Hyperactivité (TDA) | ☐ Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) |
| ☐ Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) | ☐ Trouble d'Anxiété Sociale (TAS) |
| | ☐ 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:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Attaque de panique | ☐ Nausée | ☐ Épisode dissociatif |
| ☐ Hyperventilation | ☐ Étourdissements | ☐ Insomnie |
| ☐ Hypersensibilités | ☐ Palpitation cardiaque | ☐ Hypersomnie |
| ☐ Hyposensibilité | ☐ Trous de mémoire | ☐ Cauchemars |
| ☐ Agoraphobie | ☐ Concentration difficile | ☐ Dépression |
| ☐ Tics | ☐ Hypervigilance | ☐ Mutisme |
| ☐ Automutilation | ☐ Reviviscence | ☐ Hallucinations visuelles |
| ☐ Migraines | ☐ Écholalie | ☐ 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