



FORMULAIRE MÉDICAL

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

Il est important de 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 et/ou la médication, se révèlent insuffisantes pour garantir une autonomie suffisante.

*Veuillez noter que **ce document peut être complété par un-e membre d'un ordre professionnel en relation d'aide** (ex. : OTSTCFQ, Ordre des psychologues du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, etc.) ayant accompagné la personne aidée **au cours des cinq (5) dernières années**, avec un **suivi d'au moins (6) rencontres réparties sur cette même période**. Cette condition garantit que la décision d'attribution du chien d'assistance repose sur une connaissance approfondie et continue des besoins et symptômes persistants de la personne aidée.*

*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 médicale pour un chien d'assistance doit être jointe au formulaire afin que la demande soit validée.***

IDENTIFICATION DE LA·DU PROFESSIONNEL·LE

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

Prénom : _____ Nom : _____

Titre : _____

Ordre professionnel : _____ N° de permis : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Établissement de pratique : _____

Adresse de l'établissement : _____

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

Attestez-vous avoir assuré un suivi avec la personne bénéficiaire d'au moins six (6) rencontres dans les cinq (5) dernières années, tel que requis pour compléter ce document : ☐ Oui ☐ Non

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 : _____

La personne doit présenter au moins un des diagnostics suivants, pour lesquels nos services sont spécialisés. Veuillez indiquer ceux qui ont été identifiés :

☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

☐ Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

☐ Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

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

Nous vous prions d'indiquer tous les diagnostics établis ainsi que toute suspicion clinique 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. Ces informations nous permettront d'accompagner la personne bénéficiaire en tenant compte de l'ensemble de ses besoins.

Symptômes observés:

☐ Agoraphobie

☐ Épisode dissociatif

☐ Hyperventilation

☐ Attaque de panique

☐ Hypersensibilités

☐ Insomnie

☐ Cauchemars

☐ Hypersomnie

☐ Mutisme

☐ Concentration difficile

☐ Hyposensibilité

☐ Reviviscence

☐ Écholalie

☐ Hypervigilance

☐ Tics

Autre(s) : _____

Depuis quand ces symptômes persistent-ils ? : _____

Quels sont les impacts des symptômes actuels sur le quotidien de la·du patient·e ? : _____

Compte tenu que le chien d'assistance constitue un complément au plan de traitement, veuillez préciser les interventions, suivis ou traitements **antérieurs** : _____

Compte tenu que le chien d'assistance constitue un complément au plan de traitement, veuillez préciser les interventions, suivis ou traitements **en cours** : _____

Considérez-vous que la·le patient·e est apte à prendre soin **de manière autonome** 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 de la·du patient·e, certifie avoir rempli moi-même ce document.

Signature de la·du professionnel·le

Date

*Pour toute question ou information supplémentaire, veuillez nous contacter au
(438) 398-2353 ou par courriel à chiensbloom@gmail.com.*