



# Demande de services

225, rue King William, bureau 508  
Hamilton ON L8R 1B1  
Tél : 905 523-8852 Téléc. : 905 523-8211  
Courriel : [info@braininjuryservices.com](mailto:info@braininjuryservices.com)  
Site Web : [www.braininjuryservices.com](http://www.braininjuryservices.com)

Nom du client : \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
(Nom, prénom)

N° de carte Santé : \_\_\_\_\_ Version : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
année mois jour année mois jour

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cocher la case appropriée :  Célibataire  Marié  Divorcé

Situation actuelle :  vis seul  vis avec d'autres (préciser) \_\_\_\_\_

Logement :

maison  foyer de groupe  immeuble d'habitation  logement avec services de soutien  
 maison de chambres  établissement de soins de longue durée  hôpital  autre \_\_\_\_\_

Citoyenneté :  Canadien  Résident permanent  Autre

Résident de l'Ontario :  Oui  Non Si oui, depuis quand? \_\_\_\_\_

Langues parlées : \_\_\_\_\_ Interprète exigé :  Oui  Non

Affiliation à une bande des Premières nations : \_\_\_\_\_

N° de la carte de statut : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA LÉSION CÉRÉBRALE

Date de la lésion : \_\_\_\_\_

Cause de la lésion : (p. ex. anoxie, voies de fait, accident de la route, chute, etc.)

Ontario Association of Community-Based Boards for Acquired Brain Injury Services (OACBABIS)

Les renseignements contenus dans le présent formulaire sont confidentiels et aucune personne non autorisée n'y aura accès sans le consentement du client ou du mandataire spécial. Révisé le 14 novembre 2007.

**RÉSEAU DE SOUTIEN PERSONNEL / PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE**

Personne à joindre en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Autre personne à joindre : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

**AUTEUR DU RENVOI EN CONSULTATION**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Personne-ressource :  Oui  Non**TYPE DE SERVICE DEMANDÉ** En établissement  Services de jour  Services communautaires  Autre**ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS**

Programme / Établissement / Hôpital	Dates du traitement (année/mois/jour)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource

LISTE DES SERVICES DEMANDÉS AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES (p. ex. réadaptation professionnelle, toxicomanie)			
Nom de l'établissement / du programme	Personne-ressource	Adresse, numéro de téléphone	État de la demande

Veillez noter que les rapports médicaux, de soins auxiliaires, de services de réadaptation ou de services professionnels sont exigés : neurochirurgie, neuropsychologie, orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, travail social, psychologie, psychiatrie, sommaires de l'évaluation et de la mise en congé. Si vous avez des copies de ces rapports, veuillez les annexer au présent formulaire.

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS MÉDICAUX

Convulsions  Non  Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Fauteuil roulant  Non  Oui  Manuel  Motorisé  
Transferts  Oui  Non  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Appareils et accessoires fonctionnels  Non  Oui  
Si oui, préciser les appareils et accessoires exigés : \_\_\_\_\_

Soins auxiliaires  Non  Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Besoin de supervision ou d'aide pour la marche  Non  Oui  
Si oui, cela s'applique-t-il :  aux surfaces de niveau  aux escaliers ou  aux deux

Troubles de la communication :  Non  Oui  
Si \_\_\_\_\_ oui, \_\_\_\_\_ préciser \_\_\_\_\_ :

Autres troubles physiques (allergies, trouble cardiaque, restrictions alimentaires, etc.)  Non  Oui  
Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

---

Antécédents de toxicomanie avant la lésion :  Non  Oui  antécédents non disponibles  
Toxicomanie actuelle :  Non  Oui  inconnu  
Traitement pour la toxicomanie recommandé :  Non  Oui  
Antécédents psychiatriques :  Non  Oui  
Décrire : \_\_\_\_\_

État psychiatrique actuel : \_\_\_\_\_

Notes de consultation psychiatrique :  incluses  rapport à suivre  non disponibles

Études : Niveau de scolarité le plus élevé :

Si le client est étudiant, indiquer le nom de l'établissement :

Nom du dernier employeur : \_\_\_\_\_  
Poste détenu : \_\_\_\_\_ Depuis quand?

**RENSEIGNEMENTS FINANCIERS**

Cocher la source de revenu :

- Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)     Ontario au travail  
 Sécurité de la vieillesse (SV)     Régime de pensions du Canada (RPC)  
 Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)  
 Invalidité de longue durée (privé)

Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_  
 Cabinet : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'expert d'assurances : \_\_\_\_\_  
 Société/entreprise : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du gestionnaire de cas – réadaptation : \_\_\_\_\_  
 Organisme/entreprise : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

- Règlement d'assurances     Règlement structuré     Héritage     Emploi à temps partiel  
 Emploi à temps plein     Biens générateurs de revenus – décrire : \_\_\_\_\_

Revenu mensuel : \_\_\_\_\_

Avez-vous directement accès à votre revenu?  Oui  Non    Si non, fournir le nom et le numéro de téléphone du mandataire spécial/délégué de pouvoir et annexer la documentation pertinente :

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie par les présentes que les renseignements ci-dessus sont exacts au meilleur de ma connaissance.

Signature (demandeur ou mandataire spécial)

Date

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES SANS BUT LUCRATIF POUR ADULTES QUI VIVENT AVEC LES EFFETS D'UNE LÉSION CÉRÉBRALE DE L'ONTARIO			
Nom du programme (Cocher le nom des organismes à qui vous avez présenté une demande)	Adresse	N° de téléphone	N° de télécopieur
<input type="checkbox"/> Programme de traitement des lésions cérébrales acquises du Centre de réadaptation	125, rue Scrivens Ottawa ON K2B 6H3	613 726-1558	613 726-1764
<input type="checkbox"/> Réintégration communautaire des personnes ayant une lésion cérébrale (Niagara) Inc.	261, chemin Martindale, bureaux 12 et 13 St. Catharines ON L2W 1A1	905 687-6788 1 800 996-8796	905 641-2785
<input type="checkbox"/> Services aux personnes ayant subi une lésion cérébrale.	225, rue King William., bureau 508	905 523-8852	905 523-8211

	Hamilton ON L8R 1B1		
<input type="checkbox"/> Services aux victimes de traumatismes crâniens du Nord de l'Ontario	426, rue Balmoral St. Thunder Bay ON P7C 5G8	807 623-1188	807 623-1201
<input type="checkbox"/> Brain Injury Services of Simcoe Muskoka	560 Bryne Dr., bureau 4 Barrie ON L4N 9P6	705 734-2178 Sans frais : 877 320-1950	705 734-1598
<input type="checkbox"/> Community Head Injury Resource Services of Toronto (CHIRS)	62, avenue Finch Ouest Toronto ON M2N 2H4	416 240-8000	416 240-1149
<input type="checkbox"/> Dale Brain Injury Services Inc.	815, rue Shellborne London ON N5Z 4Z4	519 668-0023	519 668-6783
<input type="checkbox"/> Peel Halton Acquired Brain Injury Services (PHABIS)	176 Robert Speck Parkway Mississauga ON L4Z 3G1	905 949-4411	905 949-4019
<input type="checkbox"/> Centre Vista	211, av Bronson, bureau 214 Ottawa ON K1R 6H5	613 234-4747	613 234-3625