

Modèle de formulaire de référence en ergothérapie

Demande de service en ergothérapie

Date :

Optométriste référant Nom : Prénom : Adresse : Tél. : Courriel : No de professionnel :	Patient Nom : Prénom : DDN : Tél. : RAMQ : exp. : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme ____ans
Patient référé à Ergothérapeute (nom) : Établissement (nom) :	
Motif de référence <i>Patiente avec troubles neurocognitifs majeurs présentant une baisse de sensibilité aux contrastes (perte sévère) avec impact fonctionnel.</i>	
Difficultés manifestées <input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Activités touchées (ex. activité d'hygiène, s'habiller, préparation de repas, prise des médicaments) précisez : _____ <input type="checkbox"/> Proche aidant épuisé <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____	
Pour votre information <input type="checkbox"/> Pathologie oculaire : <i>Cataractes aux deux yeux</i> <input type="checkbox"/> Impact sur la vision : <i>diminution de la qualité de vision et de la sensibilité aux contrastes</i> <input type="checkbox"/> Traitement : <i>Chirurgie recommandée, mais refusée par famille</i> <input type="checkbox"/> Champ visuel : <i>normal</i> <input type="checkbox"/> Acuité visuelle (avec/sans lunettes) : Œil droit : <i>6/12 (meilleur œil)</i> Œil gauche : <i>6/15</i>	

Signature _____

Merci d'accepter de voir cette personne ou de l'orienter vers un autre service advenant une impossibilité de votre part. Votre implication est appréciée.