

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT COMPLÉTÉ PAR UN SPÉCIALISTE**

Nom du patient : \_\_\_\_\_

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

N.A.S. : \_\_\_\_\_

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

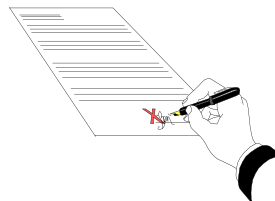
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_



**AUTORISATION DU PATIENT:**

J'autorise moi \_\_\_\_\_ par la présente que mon médecin traitant fournisse toutes les explications relatives au présent questionnaire. Cependant, il est entendu que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins de l'Office municipal d'habitation de la Ville d'Alma.

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES OU A LA MACHINE A ÉCRIRE**

**1)**

Diagnostic de la maladie avec explications :
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**2)**

a) Quels sont les effets à long terme de la maladie sur l'état de santé du patient?
_____
_____
_____
_____
b) Évolution de la maladie (l'amélioration, la stabilité et la détérioration) :
_____
_____
_____
_____

**3)**

S'il y a un handicap locomoteur, quel équipement est requis pour le déplacement de la personne visée?
_____

4)

Le patient est-il en mesure d'accéder seul un logement situé au premier étage ayant un escalier d'environ quinze marches?

Oui  Non

5)

Si le patient est en fauteuil roulant, doit-il l'utiliser de façon constante pour ses déplacements à l'intérieur de son logement?

Oui  Non  Ne s'applique pas

6)

La maladie du patient nécessite-t-elle des adaptations spéciales aux composantes du logement?

Oui  Non

Adaptation :  de la cuisinière électrique et du réfrigérateur  
 du lavabo et évier (bec de canne)  
 du bain (barre d'appui)  
 autres : \_\_\_\_\_

7)

Incidence du logement actuel sur l'état de santé du patient (En quoi ce logement a-t-il un impact direct sur son état de santé?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8)

En quoi un changement de logement améliorerait-il la situation actuelle de l'état de santé du patient?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9)

Quel type de logement recommanderiez-vous?

Rez-de-chaussée  
 1<sup>er</sup> étage  Autres : \_\_\_\_\_  
 2<sup>e</sup> étage

**NOUS TENONS A VOUS INFORMER QUE LES FRAIS INHÉRENTS A CE FORMULAIRE SONT ASSUMÉS PAR LE PATIENT ET NON PAR L'OMH DE LA VILLE D'ALMA.**

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

S'il vous plaît retourner cette expertise médicale à :

L'OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE LA VILLE D'ALMA  
12, rue Saint-Joseph Sud  
Alma (Québec) G8B 3E1  
Tél. : (418) 662-6640 Téléc. : (418) 668-8785

(Si vous n'avez pas assez d'espace, veuillez vous servir d'une autre feuille SVP)