

## ATTESTATION MÉDICALE

Nom du demandeur	
Date de naissance	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Nom du professionnel de la santé	
Domaine de compétence	
Numéro de téléphone	

### À L'ATTENTION DU PROFESSIONNEL COMPLÉTANT CETTE SECTION

Le ménage faisant l'objet de cette demande bénéficie actuellement d'un logement subventionné. Ce ménage a formulé une demande de relogement dans un autre logement subventionné pour des motifs de santé et de sécurité. Votre collaboration est requise afin de permettre au comité de sélection d'évaluer l'urgence de la situation vécue par le ménage en lien avec le logement qu'il occupe actuellement. Le tout afin d'assurer une équité dans le traitement de l'ensemble des demandes de logement subventionnés.

**IMPORTANT :** Joindre un rapport médical détaillé et s'assurer de faire remplir ce formulaire par un professionnel de la santé (médecin, ergothérapeute, travailleur social, autres).

#### PARTIE 1 – ÉTAT DE SANTÉ

Description de la problématique de santé du demandeur


Le demandeur présente-t-il un handicap moteur ou sensoriel? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, précisez :


Évaluation de la situation

☐ Amélioration prévue ☐ État stable ☐ Détérioration prévue

#### PARTIE 2 – AIDE TECHNIQUE NÉCESSAIRE

Est-ce que le demandeur utilise une aide technique telle que (cochez les options applicables) :

- ☐ Canne, béquilles, déambulateur (marchette)
- ☐ Fauteuil roulant manuel ou électrique
- ☐ Triporteur / quadriporteur\*
- ☐ Lève-personne
- ☐ Lit orthopédique
- ☐ Autres : \_\_\_\_\_

## ATTESTATION MÉDICALE

\*Si le patient utilise un appareil pour ses déplacements, quel est sa largeur maximale? : \_\_\_\_\_

### PARTIE 3 – BESOINS PARTICULIERS EN LIEN AVEC L'HABITATION

**Veillez répondre aux énoncés suivants relatifs aux capacités du demandeur :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Ouvrir la porte de l'immeuble et du logement sans aide | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Monter et descendre les escaliers                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Fonctionner dans une cuisine standard                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Utiliser une toilette de hauteur régulière             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Effectuer ses soins d'hygiène dans une baignoire       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu non à un ou plusieurs énoncés mentionnés à la partie 3, veuillez faire la description des besoins du demandeur en lien avec l'habitation ainsi que des recommandations (ex : obligation d'avoir un logement au rez-de-chaussée ou ascenseur dans l'immeuble).


### PARTIE 4 – AUTORISATION ET SIGNATURE

Je, soussigné(e) autorise, par la présente, que le ou la signataire fournisse toutes les explications relatives au présent questionnaire. Il est entendu que ces renseignements sont confidentiels et ne seront utilisés que pour les fins de l'OMH de Lanaudière Sud.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Date

Pour toutes informations supplémentaires relatives à ce document, n'hésitez pas à communiquer avec l'OMHLS au (450) 471-9424 poste 223 ou au courriel suivant [infosac@omhls.com](mailto:infosac@omhls.com).