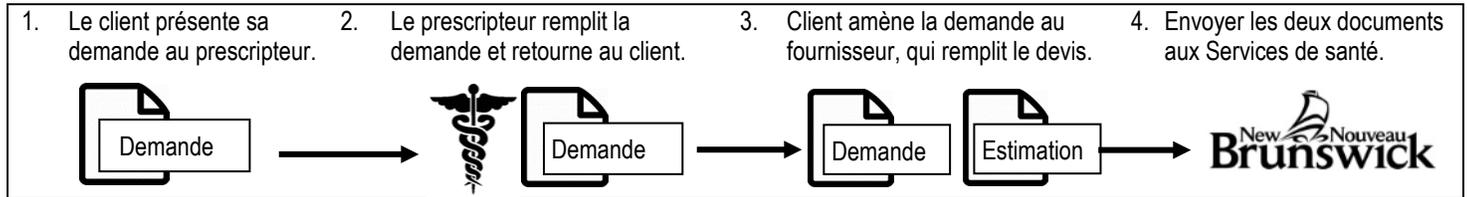


Ce formulaire a pour objectif d'obtenir suffisamment de renseignements médicaux pour déterminer l'admissibilité au Programme de fourniture pour stomisés et incontinents des **Services de santé de Développement social**.

## Processus de demande :



RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
N° de téléphone	N° d'assurance-maladie	N° de la carte d'assistance médicale de DS

Les sections 1, 2 et 3 suivantes doivent être remplies uniquement par des prescripteurs autorisés. Toutes les demandes incomplètes seront refusées et retournées au gestionnaire de cas ou au travailleur social pour un suivi ce qui entraînera un retard important dans le processus.

**SECTION 1 – VEUILLEZ PRÉCISER L'ÉTAT DE SANTÉ ET/OU LE DIAGNOSTIC (obligatoire pour éviter les retards de traitement)**

**PRESTATIONS DE STOMIE :**  
*Dans le cadre de ce programme, Les infirmières praticiennes et les infirmières stomathérapeutes peuvent prescrire les mêmes prestations que les médecins.*

Date de la chirurgie (JJ-MM-AAAA) \_\_\_\_\_

Est-ce que l'état de santé du client est **permanent**?  Oui  Non

Si la réponse est non, veuillez indiquer la date prévue de l'inversion (JJ-MM-AAAA): \_\_\_\_\_

Le client a-t-il besoin de fournitures d'incontinence à utiliser avec la stomie?  Oui  Non

**TYPE DE STOMIE**

Colostomie  Cæcostomie  Iléostomie  Urostomie

Autre (détails requis): \_\_\_\_\_

**TYPE D'APPAREIL :**  Appareil en une partie  Appareil en deux parties

**PRESTATIONS POUR CATHÉTERS :**  
*Dans le cadre de ce programme, les infirmières praticiennes peuvent prescrire les mêmes prestations que les médecins.*

Date de la chirurgie (JJ-MM-AAAA) \_\_\_\_\_

Est-ce que l'état de santé du client est **permanent**?  Oui  Non

Le client a-t-il besoin de fournitures d'incontinence à utiliser avec ces cathéters?  Oui  Non

**TYPE DE CATHÉTERS**

Interne  Externe  Intermittent

Autre (précisez le type) : \_\_\_\_\_

**PRESTATIONS D'INCONTINENCE, LAXATIFS :**  
*Dans le cadre de ce programme, les infirmières praticiennes peuvent prescrire les mêmes prestations que les médecins.*

1. Le client a-t-il besoin de laxatifs?  Oui  Non

2. Le client a-t-il besoin de fournitures pour incontinents?  Oui  Non

3. Le client est-il en fauteuil roulant?  Oui  Non

4. Le client a-t-il une stomie ou utilise-t-il des cathéters?  Oui  Non

Si vous avez répondu NON, à la question 3 et/ou 4, veuillez indiquer au client de communiquer avec le bureau régional pour soumission.

