

AVIS DE PRIVILÈGES SPÉCIFIQUES D'ORDONNANCE MÉDICALE

(Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique – Art. 26, [2°], 29, 68, [2°] et 71)

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (CRDP OU CH) (MENTION OBLIGATOIRE)	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT
---	------------------------

REEMPLIR SEULEMENT SI ENTENTE DE SERVICES INTERÉTABLISSEMENTS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (CISSS OU CHSLD HORS CISSS)	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT
NOM DE L'INSTALLATION (AU BESOIN, CONTINUER AU VERSO)	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT
<input type="checkbox"/> LES DEUX PARTIES S'ENGAGENT FORMELLEMENT À CE QUE LE MÉDECIN NOMMÉ CI-DESSOUS AIT SUIVI LA FORMATION DONNÉE PAR LE CRDP NOMMÉ CI-DESSUS AVANT DE LUI OCTROYER DES PRIVILÈGES, CONFORMÉMENT À LA PROCÉDURE ÉTABLIE DANS LE GUIDE DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS.	
DATES DE LA FORMATION _____	

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

NOM ET PRÉNOM	NUMÉRO
<input type="checkbox"/> MÉDECIN OMNIPRATICIEN	
<input type="checkbox"/> PÉDIATRE	

PRIVILÈGES SPÉCIFIQUES D'ORDONNANCE MÉDICALE

COCHER LA OU LES CASES SELON LES PRIVILÈGES OCTROYÉS.

☐ PROTHÈSES, ORTHÈSES, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET AUTRES ÉQUIPEMENTS (ART. 26, [2°] et 29)

☐ AIDES À LA LOCOMOTION ET À LA POSTURE (ART. 68, [2°] et 71)

Le présent avis de privilèges est en vigueur du

ANNÉE	MOIS	JOUR

au

ANNÉE	MOIS	JOUR

.

SIGNATURE

DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS OU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CRDP OU DU CH (LETTRES MAJUSCULES)	SIGNATURE	DATE ANNÉE MOIS JOUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GUIDE DE REMPLISSAGE

Établissement

Inscrire le nom et le numéro de l'établissement autorisé à octroyer des privilèges. Ce peut être un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) ou un centre hospitalier (CH) exploitant un service d'aides techniques. Cette information est obligatoire.

Remplir seulement si entente de services interétablissements

S'il y a eu entente de services interétablissements entre un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou entre un centre hospitalier de soins de longue durée CHSLD hors CISSS et un CRDP ou un CH exploitant un service d'aides techniques, inscrire les nom et numéro du CISSS ou du CHSLD hors CISSS ainsi que ceux de l'installation visée par l'entente (dans le cas d'un CISSS).

S'il y a eu une entente pour plusieurs installations du même CISSS, veuillez continuer au verso l'inscription des nom et numéro des installations, s'il y a lieu.

Cocher la case concernant l'engagement des deux parties et indiquer, à « Dates de la formation », quand le professionnel a suivi la formation.

Professionnel de la santé

Inscrire les nom, prénom et numéro du professionnel.
Indiquer s'il s'agit d'un omnipraticien ou d'un pédiatre en cochant la case appropriée.

Privilèges spécifiques d'ordonnance médicale

Cocher la ou les cases selon les privilèges octroyés :

- Prothèses, orthèses, appareils orthopédiques et autres équipements (art. 26, [2e] et 29)
- Aides à la locomotion et à la posture (art. 68, [2e] et 71)

Inscrire les dates de validité des privilèges.

Signature

Inscrire en majuscules le nom du directeur des services professionnels (DSP) ou du directeur général du CRDP ou du CH et indiquer la date de signature du formulaire.
La signature est obligatoire.