

Ce rapport doit être retourné au centre local d'emploi dans les plus brefs délais.

Note importante au médecin traitant :

La personne qui vous remet le présent formulaire considère qu'elle présente des limitations fonctionnelles soit temporaires, soit permanentes. **Le traitement équitable de son dossier dépend de la qualité de l'information que vous y inscrirez.** Pour obtenir plus d'explications sur le présent formulaire, veuillez communiquer avec le Service d'évaluation médicale et socioprofessionnelle du Ministère en composant le : (418) 644-1075 ou le 1-800-355-6557.

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Centre local d'emploi

SPÉCIMEN

N° du dossier au Ministère

Secteur

Identification et autorisation du patient

Nom et prénom

Identification and authorization of patient

N° d'assurance-maladie

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale toute information concernant mon état de santé physique ou mental actuel ou antérieur.

Date

Année Mois Jour

Signature du patient

I hereby authorize the physician to give to the Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale any information regarding my current or past state of physical or mental health.

Date

Year Month Day

Signature of patient

Condition actuelle du patient**Diagnostic(s) principal(aux)** (en lettres MAJUSCULES)

Date de début

Année Mois Jour

Diagnostic(s) secondaire(s) (en lettres MAJUSCULES)

Date de début

Année Mois Jour

Limitations fonctionnelles

Aucune

Temporaires

Prolongées (plus de 12 mois)

Veuillez indiquer les troubles et les limitations fonctionnelles qui subsistent actuellement. Utilisez les codes au verso.

Codes par ordre d'importance

Code

Code

Code

Code

Code

Important : Le diagnostic posé et les limitations qui en découlent permettent-ils quand même à cette personne de développer actuellement ses habiletés de travail? Avant de répondre à cette question, veuillez consulter les explications au verso.

Si restriction, précisez :

 Oui

Pour quelle durée?

 Non

mois

Gravité de l'état : léger modéré sévère

Poids :

Taille :

En cas d'hypertension : T. A. :

Stade d'évolution : aigu chronique stable en convalescence rémissionPronostic : bon irréversible autre, précisez :**Antécédents personnels pertinents** Maladie(s) ou problème(s)S.O. **Rapports pertinents d'exams ou de consultations;** ex. : laboratoire, radiologie (fournissez une copie.)S.O. **Traitement en cours ou envisagé** MédicationS.O.

Autres traitements (chirurgie, chimiothérapie, physiothérapie, psychothérapie, etc.)

S.O. **En cas de traumatisme ou de chirurgie, date de l'évènement**

Année Mois Jour

Besoins à caractère médical

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale lui accorde une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical ayant pour but de préserver sa santé.

Veuillez indiquer ci-dessous, à l'aide de la liste fournie au verso, le ou les codes correspondant aux besoins à satisfaire.

Aucun besoin à caractère médical à satisfaire Code Code Code Code Autre, précisez :**Commentaires supplémentaires** (Si l'espace est insuffisant, veuillez annexer une note.)

Note annexée

 Oui Non**Identification et signature du médecin**

Nom et prénom (en lettres MAJUSCULES)

N° du permis d'exercice

Adresse

Numéros de téléphone

cabinet

hôpital

téléavertisseur

télécopieur

Considérez-vous important que le médecin du Ministère communique avec vous? Oui NonÊtes-vous le médecin traitant de ce patient? Oui Non

Si oui, depuis quand?

Année

Spécialité

Date

Signature du médecin

TROUBLES ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Code Mobilité

- 11 - A besoin d'une aide pour sortir
- 12 - Ne peut marcher
- 13 - Se déplace en fauteuil roulant
- 14 - Ne peut monter un escalier
- 15 - Ne peut utiliser le transport en commun
- 16 - N'a pas d'endurance à la marche
- 17 - A des problèmes de coordination
- 18 - A des problèmes d'équilibre

Code Tolérance à l'effort

- 21 - Ne peut forcer
- 22 - N'a pas de tolérance à l'effort
- 23 - Ne peut soulever d'objets lourds

Code Activités reliées à la vie quotidienne

- 31 - Ne peut manger seul
- 32 - Ne peut se vêtir seul
- 33 - Ne peut se laver seul
- 34 - Ne peut demeurer seul
- 35 - Ne peut administrer ses biens
- 36 - Ne peut utiliser ses mains de façon prolongée
- 37 - Ne peut utiliser ses pieds de façon prolongée

Code Capacité de communication

- 41 - A des troubles visuels non corrigibles
- 42 - A des troubles auditifs non corrigibles
- 43 - A des troubles de la parole

Code Élimination

- 51 - Incontinence urinaire
- 52 - Incontinence intestinale

Code Comportement

- 61 - Agressivité
- 62 - Violence
- 63 - Isolement

Code Fonctions mentales affectives

- 71 - Limitations fonctionnelles légères liées à la dépression
- 72 - Limitations fonctionnelles sévères liées à la dépression
- 73 - Limitations fonctionnelles légères liées à l'anxiété
- 74 - Limitations fonctionnelles sévères liées à l'anxiété
- 75 - Ne peut contrôler ses émotions
- 76 - Indifférence

Code Fonctions mentales cognitives

- 81 - Troubles de l'orientation
- 82 - Troubles de la mémoire
- 83 - Troubles de la concentration
- 84 - Troubles de la compréhension
- 85 - Hallucinations
- 86 - Délire

BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

- A - Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires.)
- B - Prothèses, orthèses ou accessoires (divers) (précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu.)
- C - Installation d'un appareil initial à la suite d'une urostomie, iléostomie ou colostomie temporaire
- D - Besoin inhérent à une urostomie, iléostomie ou colostomie temporaire
- E - Diète pour diabète
- F - Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse
- G - Hémodialyse
- H - Oxygène (précisez la durée.)
- I - Déménagement pour des raisons de santé (précisez la raison médicale du déménagement.)
- J - Transport pour suivre des traitements médicaux ou dentaires (précisez la raison médicale et la fréquence.)
- K - Besoin d'un service de garde pour un ou des enfants afin de permettre la participation du conjoint ou de la conjointe de votre patient ou patiente à une mesure d'aide à l'emploi offert par Emploi-Québec
(Précisez la raison médicale de l'incapacité à assurer la garde de ses enfants.)
- L - Recours à une escorte lors d'un transport médical

EXPLICATIONS SUR LA QUESTION DE LA SECTION A

Pour développer ses habiletés de travail, Emploi-Québec offre au prestataire différentes mesures d'aide à l'emploi. Celles-ci peuvent prendre différentes formes. Par exemple :

- alphabétisation (20 h/semaine minimum de présence, plus le temps requis pour les travaux et l'étude);
- formation générale ou professionnelle (25 h/semaine minimum de présence, plus le temps requis pour les travaux et l'étude);
- activités d'orientation et d'initiation à la recherche d'emploi, et activités de formation (20 h/semaine minimum);
- mesure devant permettre la production ou la distribution de biens ou de services pour le bénéfice de la communauté, soit différentes formes d'activités (15 h/semaine minimum);
- stage dans des milieux réguliers de travail;
- etc.