

**À être complété par votre médecin**

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Veillez écrire en lettre moulées. Toutes les sections doivent être complétées de façon lisible ou le processus de demande ne pourra être complété.

<b>Nom du demandeur</b>		<b>Date</b>	
-------------------------	--	-------------	--

Veillez fournir l'information nécessaire sur ma santé à Chiens-Guides Canada. Cette information sera gardée confidentielle et ne sera utilisée que pour évaluer mon éligibilité à obtenir un chien-guide et pour sélectionner mon jumelage avec un chien-guide.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
(ou) Signature du Parent ou gardien légal

\_\_\_\_\_  
Date

**VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT, À LA MACHINE, EN LETTRE MOULÉES OU ESTAMPILLER.**

<b>Nom du médecin</b>					
<b>Spécialité</b>					
<b>Adresse</b>				<b>Bureau</b>	
<b>Ville</b>		<b>Province</b>		<b>Code Postal</b>	
<b>Téléphone</b>					

## INFORMATIONS MÉDICALES

### Diagnostic du patient

- Autisme  
  TED  
  Le syndrome d'Asperger  
  Le syndrome de Rett

<b>Veillez décrire la condition du patient</b> (continuer au verso au besoin)	
<b>Handicap secondaire</b>	
<b>Veillez décrire</b>	
<b>Veillez décrire les limitations du patient et toutes autres informations pertinentes</b>	

### Veillez cocher les cases appropriées sur la condition de votre patient

- Diabète  
  Épilepsie  
  Maladie Cardiaque  
  Défaut d'élocution  
  Haute pression  
 Rhumatisme articulaire aigu  
  Paralysie Infantile  
  Surdité  
  Cécité  
  VIH  
 Anxiété  
  Embolie cérébrale  
  Convulsions  
   vanouissements  
  Hernie  
  Allergies  
  Polio  
 Mobilité réduite  
  Perte de mémoire à court terme  
  Perte de mémoire à long terme  
  Asthme  
  Problèmes de coordination  
  Endurance réduite  
  Spasticité  
  Faiblesse musculaire  
 Douleurs chroniques  
  Dépression  
  Sensibilité de la peau  
  Déséquilibre  
  Fragilité osseuse

Veillez énumérer tous les médicaments prescrits à votre patient.

Médication	Dosage	Condition ou Maladie	Effets secondaires	Administré par le patient?			
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	N

Est-ce que votre patient :	1 = Faible 10 = Bon
Exerce un bon jugement et prend les bonnes décisions quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A une perception et mémoire suffisante pour gérer ses tâches de la vie quotidienne?	
A l'habilité d'apprendre et suivre des directives quant aux tâches de la vie quotidienne?	
A la capacité de prendre des décisions quant à sa sécurité et celles des autres?	
A la capacité de garder niveau d'attention envers une tâche.	
A la capacité de contrôler ses mouvements physiques.	

Autres commentaires à propos de votre patient reliés à son habilité et/ou aptitude à recevoir un chien-guide.

Signature du Médecin

Date



Nous remercions La Fondation Trillium de l'Ontario d'avoir été une aide financière clé pour nous permettre de lancer notre programme de Chiens-Guides pour enfants autistes.