

**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.

Nom du demandeur		Date	
------------------	--	------	--

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.**

Nom du médecin					
Spécialité					
Adresse				# Unité	
Ville		Province		Code Postal	
Téléphone					

## INFORMATIONS MÉDICALES

Handicap du patient (continuer au verso au besoin)

<b>Handicap primaire</b>	
<b>Diabète de type 1</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Insensibilité à l'hypoglycémie</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Décrire le handicap ou condition médicale</b>	
<b>Handicap secondaire</b>	
<b>Décrire le handicap ou condition médicale</b>	
<b>Veillez décrire les limitations du patient ou toutes autres informations pertinentes</b>	



**Votre patient souffre-t-il de l'une de ces affections?**

- Maladie cardiaque     Cancer     Haute pression     Fièvre rhumatismale     Diabète  
 Paralysie infantile     Trouble de l'audition     Sida     Désordres nerveux     Trouble de la vue  
 Crise cardiaque     Crises de convulsions     Épilepsie     Hernie     Difficulté d'élocution  
 Allergies     Polio     Mobilité réduite     Perte de mémoire     Asthme     Trouble de coordination  
 Endurance réduite     Spasticité     Faiblesse musculaire     Douleur chronique     Dépression  
 Sensibilité de la peau     Os fragiles     Déséquilibre     Trouble de l'élocution

**Est-ce que votre patient...**

1= bas  
10= haut

- |   |  |
|---|--|
| <b>a) Peut exercer un jugement et prendre des décisions dans ses activités quotidiennes?</b>        |  |
| <b>b) A suffisamment de perception et de mémoire pour gérer ses activités quotidiennes?</b>         |  |
| <b>c) Est en mesure de suivre des directives pour apprendre à gérer des activités quotidiennes?</b> |  |
| <b>d) Est capable de décisions pour ses besoins, sa sécurité et celle des autres?</b>               |  |

**Commentaires:**

\_\_\_\_\_  
Signature du Médecin

\_\_\_\_\_  
Date