Direction DI-TSA-DP

SREFSAD

Attestation médicale – Fournitures pour les fonctions d’élimination

Le programme des aides matérielles pour les fonctions d’élimination s’adresse aux personnes qui ont un problème d’élimination persistant lié à une déficience physique, une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l’autisme ou à une trachéostomie.

Le diagnostic confirmé par un médecin est nécessaire et acheminé au mandataire afin :

* d’établir l’admissibilité et de confirmer un lien de cause à effet entre le diagnostic de déficience chez l’usager et le problème d’élimination;
* de certifier que le problème d’élimination n’était pas présent avant le diagnostic menant à déposer une demande au programme.

De plus, le programme précise que les besoins des personnes doivent faire l’objet d’une évaluation par des professionnels compétents en la matière afin d’attester que :

* l’usager a tenté toutes les méthodes de récupération, de réadaptation ou le recours à une chirurgie avant d’effectuer la demande;
* l’usager correspond aux catégories de personnes admissibles dès l’âge de 4 ou de 5 ans;
* le principe du plus simple au plus complexe dans la réponse aux besoins est respecté.

|  |
| --- |
| **Attestation** |
| Nom de l’usager : |       |  |
| Numéro d’assurance maladie : |       |  |
| Diagnostic : |       |  |
| Déficience : |       |  |
|  |  |  |
| Attestation médicale du lien entre l’incontinence et le diagnostic de déficience |  |
|       |  |
| Justification des quantités excédentaires ou du matériel complémentaire requis par rapport à la liste de matériel standard (voir la liste de matériel – annexe 2) |  |
|       |  |
| Médecin : |       |  |
| (en lettres moulées) |  |
| Spécialité : |       |  |
| Signature : |  |  |
| Date : | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  yyyy-mm-dd |  |
|  |  |