



SEMOT CHAUDIÈRE-APPALACHES  
RAPPORT SUR LA DÉFICIENCE ET L'INCAPACITÉ

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

<b>IDENTIFICATION DU CLIENT</b>	
Prénom et nom :	Date naissance (jj/mm/aaaa) :
Adresse :	
Téléphone : (      )	poste #

<b>AUTORISATION DU CLIENT</b>	
<i>J'autorise le signataire de ce formulaire à fournir les renseignements ci-dessous aux représentants du SEMO Chaudière-Appalaches. Ces derniers sont soumis aux règles de confidentialité prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.</i>	
Signature :	Date :

<b>INTERVENANT DU SEMOT CHAUDIÈRE-APPALACHES</b> (ORGANISME D'INTÉGRATION EN EMPLOI POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES)	
Directrice générale : Sylvie Laquerre	Télécopieur : 418 838-3010
Adresse : 116-2055, boul. Guillaume-Couture, QC G6W 2S5	Téléphone : 418 838-3036 poste 101

**RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS**

1. Nature de la déficience :  Physique  Intellectuelle  Du psychisme  Sensorielle  
 Neurologique  Trouble du spectre de l'autisme  Difficultés langagières

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Diagnostic établi par : \_\_\_\_\_  
Nom du professionnel Profession

Diagnostic secondaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Diagnostic établi par : \_\_\_\_\_  
Nom du professionnel Profession

- Lequel ou lesquels des systèmes organiques suivants présentent des anomalies?  
 Système nerveux  Système respiratoire  Système sanguin et immunitaire  
 Système auditif  Système cardiovasculaire  Système reproducteur  
 Système oculaire  Système urinaire  Système cutané  
 Système digestif  Système endocrinien  Système musculaire  
 Morphologie  Système osseux et articulaire  
 La nature de la déficience ne peut être établie à partir d'anomalies à l'un de ces systèmes.

- La personne a-t-elle des incapacités à l'une ou plusieurs des fonctions suivantes?  
 Liées aux activités motrices :  Liées aux comportements et aux relations  
 Maintien d'une posture  Liées aux sens et à la perception  
 Déplacements  Liées à la respiration  
 Manutention  Liées à la digestion  
 Motricité fine  Liées à l'excrétion  
 Liées aux activités intellectuelles  Liées à la reproduction  
 Liées au langage et à la communication  Liées à la résistance à l'effort  
 Liées à l'adaptation et/ou aux changements

Précisez en quoi les anomalies et les incapacités nuisent aux activités courantes de la vie quotidienne :


2. La personne doit-elle prendre une médication régulière?  Non  Oui (précisez) :

---

---

3. Cette médication occasionne-t-elle des effets secondaires?  Non  Oui (précisez) :

---

---

4. La personne doit-elle recevoir des traitements médicaux liés à sa ou à ses déficiences ou ses incapacités?  
 Non  Oui (précisez la nature des traitements, la fréquence et la durée) :

---

---

5. La personne est-elle suivie par un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre de services sociaux ou tout autre organisme?  Non  Oui (précisez lequel, depuis quand et à quelle fréquence) :

---

---

6. La personne peut-elle occuper un emploi?  
 Non  Oui, à plein temps  Oui, à temps partiel/Maximum d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

7. La personne a-t-elle la capacité de travailler...

De jour?  Oui  Non  Non évaluée

De soir?  Oui  Non  Non évaluée

De nuit?  Oui  Non  Non évaluée

8. Avez-vous des recommandations ou restrictions particulières quant à l'intégration et au maintien en emploi de cette personne?  Non  Oui (précisez) :

---

---

9. Autres renseignements pertinents :


<b>SIGNATURE DU PROFESSIONNEL</b>	
Prénom et nom : (caractère d'imprimerie)	
Profession : (N° permis s'il y a lieu)	
Établissement : (s'il y a lieu)	Téléphone : (     )
<i>Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets.</i>	
Signature :	Date :