



FORMULAIRE MÉDICAL DE DEMANDE D'UN CHIEN D'ASSISTANCE

À remplir par un professionnel ou une professionnelle de la santé. Veuillez fournir les informations concernant la personne demandant un chien d'assistance.

Identification du professionnel	
Prénom et nom :	Spécialité :
Téléphone :	Courriel :
N° de permis :	Patient(e) connu(e) depuis :
Adresse du lieu de pratique :	
Identification du patient	
Prénom et nom :	Téléphone :
Courriel :	
Adresse :	
État de santé du patient	
Quel est le(s) diagnostic(s)?	<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT) <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisé (TAG) <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC) <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité limite (TPL) <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Agoraphobie <input type="checkbox"/> Autre(s), veuillez préciser : _____ Date du (des) diagnostic(s)* : _____
Quels sont les symptômes principaux du patient?	Précisez : _____ _____
Ces signes, manifestations et symptômes persistent-ils dans le temps? (plus de 6 mois)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-ce que les symptômes actuels peuvent limiter le patient dans ses activités et/ou ses interactions quotidiennes?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez préciser : _____ _____

Est-ce que l'état actuel du patient lui permet de s'occuper d'un chien? (ex. : le nourrir, le sortir, l'amener au vétérinaire, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Est-ce que le patient a des difficultés pouvant limiter sa compréhension, sa communication et son apprentissage?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez préciser : _____ _____
Est-ce que le patient a un suivi médical régulier?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, veuillez préciser : _____ _____
Selon vous, le patient serait-il en mesure de bien contrôler un chien d'assistance tout en gérant le stress associé au fait d'être accompagné de celui-ci? (se faire approcher, questionner, regarder, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Recommandez-vous l'utilisation d'un chien d'assistance comme un des moyens pour aider le patient à pallier ses difficultés au quotidien?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Veuillez préciser : _____ _____ _____

J'atteste que les informations inscrites dans le formulaire sont véridiques et au meilleur de mes connaissances.

Signature

Date

Le chien bleu - Entreprise de formation de chiens d'assistance et d'intervention en comportement canin, s'engage à ne divulguer aucune information contenue dans le présent formulaire, à garder ces informations confidentielles et à les utiliser uniquement dans le cadre de ses activités professionnelles.

Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous.



(438) 887-3703
simon@lechienbleu.ca
lechienbleu.ca