

## Liste des points importants d'une demande

Voici une liste des points importants à respecter lorsque vous faites une demande au Programme Ministériel d'alimentation entérale. Toute omission ou manque d'information entraînera un délai dans le traitement de la demande.

**Cocher cette liste et la retourner avec les pièces justificatives de la demande**

	OUI	NON
Toutes les parties du questionnaire ont été complétées.		
Le patient ou son répondant a pris connaissance du fonctionnement et de l'implication de son inscription présente et le formulaire a été signé par le patient ou son répondant.		
La signature du médecin prouvant que la situation du patient est irréversible et/ou permanente et/ou à long terme est jointe à la demande.		
Justification du système fermé, si applicable.		
L'établissement qui assumera le suivi avec le programme a été avisé de cette demande. Le faire en cas de réponse négative.		
Le patient possède des assurances privées.		
Lettre d'acceptation ou de refus des assurances privées (si applicable) jointe à la demande.		
Le patient habite une résidence privée non conventionnée par le Gouvernement.		
Une demande a été faite à <b>tous</b> les organismes susceptibles de pouvoir fournir une aide quelconque du patient en rapport avec cette demande lorsque applicable (Aide sociale, curatelle publique, anciens combattants, CSST, SAAQ, IVAC, Affaires Indiennes ou tout autre organisme pouvant être en relié au patient).		
Le bénéficiaire reçoit déjà de l'aide partielle ou totale d'un autre organisme. (Le cas échéant, nous expliquer de quelle façon cette aide est prodiguée)		
La durée du gavage est connue ou déterminée		
Le gavage sera : <input type="checkbox"/> court terme (- 2 ans) <input type="checkbox"/> long terme (+ de 2 ans)		

# PROGRAMME MINISTÉRIEL D'ALIMENTATION ENTÉRALE À DOMICILE DU QUÉBEC

Mandataire:  
CHU SAINTE-JUSTINE  
SERVICE DE LIAISON / CONSULTATION RÉSEAU

Identification du bénéficiaire

**Chaque partie doit être dûment complétée.  
Toute omission entraînera un retard dans le traitement  
de la demande.**

\* Plaquer la carte d'hôpital ou écrire les informations  
du bénéficiaire ci-dessous

## 1. Identification du bénéficiaire

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe F  M   
aa mois jour

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse permanente :

\_\_\_\_\_

No	rue	apt	ville	code postal
----	-----	-----	-------	-------------

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numéro d'urgence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numéro cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Langue de communication : français  anglais  autre

Nom du représentant du bénéficiaire (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Lien avec bénéficiaire : Père-mère  Tuteur-trice  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

## 2. Identification de l'établissement référent

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

par : \_\_\_\_\_ fonction : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Numéro de fax : \_\_\_\_\_

## 3. Identification de l'intervenant et/ou de l'établissement qui assumera le suivi avec le programme

Intervenant(e) : \_\_\_\_\_ fonction : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

4. **Admissibilité**

Médecin traitant \_\_\_\_\_

Lieu de pratique : \_\_\_\_\_

No de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_ fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature du médecin attestant la présente demande : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire déjà à domicile OUI  NON

Si non date de sortie prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aa mois jour

Diagnostic principal du bénéficiaire\* : \_\_\_\_\_

\*La signature du médecin est garante du diagnostic. Le diagnostic doit être relié à la présente demande et en rapport avec la déficience à s'alimenter.

Prendre note que le bénéficiaire doit habiter dans une résidence privée. Si le lieu de résidence du bénéficiaire est un établissement conventionné par le MSSS, il n'est pas éligible.

L'équipement ou les fournitures requises peuvent-ils être financés en tout ou en partie par un autre organisme :

SAAD  Sécurité du revenu  CSST  IVAC   
RAMQ  SAAQ  Autres \_\_\_\_\_

Assurances privées\*\* : \_\_\_\_\_

\*\*Joindre la lettre d'acceptation ou de refus des assurances privées à la demande

Expliquez à quel niveau ou de quelle façon cette aide est prodiguée :

---

---

---

---

**5. Engagement du bénéficiaire (complété par le bénéficiaire ou son répondant)**

**Engagement à collaborer à l'exécution du plan de services**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, résidant au

\_\_\_\_\_ déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité. Je m'engage à aviser sans délai le service du CHU Sainte-Justine de tout changement dans ma situation ou dans la situation de \_\_\_\_\_ qui rendrait inexacts les renseignements que j'ai fourni pour l'étude de ma demande (ou de sa demande).

Je m'engage à collaborer à l'exécution de mon plan de services (ou de son plan de services).

Dans l'éventualité où le CHU Sainte-Justine accorderaient de l'aide matérielle pour assurer la mise en œuvre du plan de services, je m'engage à utiliser cette aide matérielle aux seules fins qui seront décrites dans la lettre d'acceptation qui énumère chaque élément pour lequel l'aide matérielle est octroyée. De plus, je m'engage à aviser le CHU Sainte-Justine si les appareils ou équipements pour lesquels de l'aide matérielle est octroyée ne sont plus utilisés, et ce, afin de permettre à cet organisme de les attribuer à d'autres personnes.

Par la présente, j'autorise le CHU Sainte-Justine à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de mon plan de services (du plan de services de \_\_\_\_\_) à des personnes ou organismes concernés et compétents dans le domaine.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fait (ou pour qui

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) représentant(e) s'il y a lieu

Veillez noter que la personne doit signer si elle est âgée de 14 ans et plus.

N.B. Cette représentation n'a lieu que si la personne Pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans mais incapable d'administrer ses biens.

**Identification de la personne qui s'engage à collaborer à l'exécution du plan de services.**

- Personne elle-même     Père-mère     Tuteur-trice     Famille d'accueil  
 Conjoint(e)     Curateur-trice     Autres (précisez) \_\_\_\_\_

Identification de la fourniture		Fréquence d'utilisation prévue
<input type="checkbox"/> Pompe : _____	Enseignement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Tubulures # _____ (Système fermé)	<input type="checkbox"/> Sacs de gavage # _____ (Système ouvert)	
<input type="checkbox"/> Sacs de gravité #8884702500	<input type="checkbox"/> Sacs de gravité #702505	
<input type="checkbox"/> Seringues embout cathéter (2oz)	<input type="checkbox"/> Seringues luer-lock (60cc)	<input type="checkbox"/> Seringues ENFIT (60ml)

## 6. Alimentation

<b>Solution :</b> _____
<b>Voie d'administration :</b> <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIE <input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> TNJ <input type="checkbox"/> JÉJUNOSTOMIE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____
<b>Quantité quotidienne de solution administrée :</b> _____

Autres demandes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du professionnel ayant complété la demande :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Faire parvenir ce formulaire par courriel à l'adresse « [programme.ministériel.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:programme.ministériel.hsj@ssss.gouv.qc.ca) » ou au CHU Sainte-Justine, Service de Liaison / Consultation Réseau, par courrier ou télécopieur à l'attention de :

Programme ministériel d'alimentation entérale à domicile  
 3175 Côte Ste-Catherine  
 Étage 7 Bloc 6  
 Montréal (Qc) H3T 1C5 Téléphone : 514-345-4931 #5725 / Télécopieur : 514-345-4983