



Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées

# Guide de la révision de l'admissibilité sur le plan médical à l'intention des professionnels de la santé



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
Objet du guide .....	5
<b>Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées</b> .....	<b>6</b>
Qu'est-ce que le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées?.....	6
Quelle est la définition d'une personne handicapée?.....	7
En quoi consiste la révision de l'admissibilité sur le plan médical?.....	7
Quel est le rôle des professionnels de la santé dans la révision de l'admissibilité sur le plan médical? .....	8
De combien de temps ma patiente ou mon patient dispose-t-elle/il pour remplir sa trousse de révision de l'admissibilité sur le plan médical?.....	8
Qui remplit le formulaire médical?.....	9
Comment recevoir une rémunération pour les formulaires remplis? .....	10
À qui dois-je m'adresser en cas de questions? .....	11
<b>Contenu de la trousse de révision de l'admissibilité sur le plan médical</b> .....	<b>12</b>
<b>Comment remplir les formulaires médicaux</b> .....	<b>14</b>
Partie A du formulaire médical .....	14
Partie B du formulaire médical .....	21
Rapport sur l'état de santé .....	21
Activités de la vie quotidienne .....	27
<b>Annexe A</b> .....	<b>29</b>
Définitions du ministère des Services sociaux et communautaires .....	29
<b>Annexe B</b> .....	<b>30</b>
Guide de facturation pour les renseignements médicaux additionnels demandés par l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées .....	30



# INTRODUCTION

En votre qualité de fournisseurs de soins de santé agréés, il est possible que l'on vous demande des renseignements médicaux pour une patiente ou un patient qui fait l'objet d'une révision de son admissibilité sur le plan médical pour le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH).

Les renseignements que vous fournissez aideront le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) à évaluer si votre patiente ou patient est « une personne handicapée » au sens de la Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Il est important de noter que le MSSC n'évalue pas votre patiente ou patient en personne.



## Objet du guide

Ce guide fournit des renseignements importants, qui vous aideront à remplir votre section de la trousse de révision de l'admissibilité sur le plan médical.

Le **guide a pour but** :

- de donner un aperçu du POSPH, notamment de la révision de l'admissibilité sur le plan médical;
- d'expliquer votre rôle dans le processus de révision de l'admissibilité sur le plan médical du POSPH;
- de mentionner les renseignements importants requis par le MSSC pour prendre une décision éclairée;
- de donner des éclaircissements concernant les renseignements sur la facturation.

# PROGRAMME ONTARIEN DE SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES

## Qu'est-ce que le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées?

Le POSPH est un programme d'aide sociale de la province qui offre des mesures de soutien du revenu et de l'emploi ainsi que des prestations de santé aux personnes handicapées résidant en Ontario qui satisfont aux critères d'admissibilité.

Une personne peut avoir droit au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées si elle :

- a 18 ans ou plus;
- vit en Ontario;
- est financièrement dans le besoin;
- a un handicap selon la définition de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* (sauf les membres d'une catégorie prescrite).

La plupart des personnes auteures d'une demande doivent passer par un processus de détermination de l'invalidité afin de déterminer si elles satisfont à la définition d'une personne handicapée en vertu du programme.

## Quelle est la définition d'une personne handicapée?

On trouve la définition d'une personne handicapée dans la *Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*.

Une personne est handicapée au sens de la Loi si :

- elle a une déficience physique ou mentale importante qui est continue ou récurrente et dont la durée prévue est d'au moins un an;
- la déficience se traduit directement par une limitation importante de la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même, à fonctionner dans la collectivité et à fonctionner dans un lieu de travail;
- cette déficience, sa durée ainsi que les limites des activités de la vie quotidienne ont été confirmées par une personne qui a les qualités prescrites.

**Voir à l'annexe A** (page 29) les définitions du MSSC concernant les termes et phrases qui précèdent.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le POSPH, veuillez consulter <http://www.ontario.ca/socialassistance>.

## En quoi consiste la révision de l'admissibilité sur le plan médical?

En révisant leur admissibilité sur le plan médical, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) vérifie que les bénéficiaires sont toujours des personnes handicapées au sens de la *Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*. Quand une personne auteure d'une demande est considérée comme une personne handicapée au sens de la *Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, on lui attribue une date pour la révision de son admissibilité sur le plan médical. Cette date n'est fixée à la patiente ou au patient que si sa déficience est susceptible de s'améliorer.

La révision de l'admissibilité sur le plan médical ne constitue **pas une nouvelle demande** : elle porte sur les changements intervenus dans l'état pathologique initial de votre patiente ou patient au moment de son admissibilité ainsi que, si besoin, sur tout nouveau problème médical survenu depuis la dernière décision rendue au sujet de son admissibilité au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Elle est essentielle pour garantir l'intégrité du POSPH comme programme public.

## Quel est le rôle des professionnels de la santé dans la révision de l'admissibilité sur le plan médical?

Les renseignements que vous fournissez aident le ministère à déterminer si votre patiente ou patient continue de remplir les critères d'admissibilité au soutien du revenu dans le cadre du POSPH. Au sein du ministère, du personnel dûment formé examinera ces renseignements et prendra une décision en conséquence. Votre rôle est de fournir des renseignements médicaux sur l'état de santé de votre patiente ou patient, ses déficiences et limitations.

Les formulaires relatifs à la révision de l'admissibilité d'une patiente ou d'un patient sur le plan médical doivent être remplis par des professionnels de la santé agréés, qui sont autorisés à exercer en Ontario. Veuillez retourner les formulaires remplis à votre patiente ou patient.

## De combien de temps ma patiente ou mon patient dispose-t-elle/il pour remplir sa trousse de révision de l'admissibilité sur le plan médical?

Votre patiente ou patient dispose d'un délai de 90 jours pour remplir et retourner ses formulaires. Le ministère étant conscient que le temps d'attente peut parfois être long pour obtenir un rendez-vous médical, il accordera un délai supplémentaire aux patients qui en ont besoin. Si votre patiente ou patient a besoin de plus de temps pour remplir sa trousse, elle ou il peut communiquer avec l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées par téléphone, télécopieur ou courrier électronique pour obtenir un délai supplémentaire (*voir page 11*).



## Qui remplit le formulaire médical?

**La partie A du formulaire médical** peut être remplie par un membre de l'une des professions suivantes qui est autorisé à exercer en Ontario:

- médecin
- psychologue
- personnel infirmier praticien
- optométriste
- associé(e) en psychologie
- infirmier autorisé ou infirmière autorisée (**nouveau**)

**La partie B du formulaire médical** comporte deux sections : le Rapport sur l'état de santé et le Rapport sur les activités de la vie quotidienne.

Le **Rapport sur l'état de santé** peut être rempli par un membre de l'une des professions suivantes qui est autorisé à exercer en Ontario:

- médecin
- psychologue
- personnel infirmier praticien
- optométriste
- associé(e) en psychologie
- infirmier autorisé ou infirmière autorisée (**nouveau**)

Le **Rapport sur les activités de la vie quotidienne** peut être rempli par un membre de l'une des professions suivantes qui est autorisé à exercer en Ontario:

- médecin
- psychologue
- personnel infirmier praticien
- optométriste
- associé(e) en psychologie
- chiropraticien ou chiropraticienne
- physiothérapeute
- ergothérapeute
- infirmier autorisé ou infirmière autorisée
- travailleur social ou travailleuse sociale
- audiologiste
- orthophoniste

## Comment recevoir une rémunération pour les formulaires remplis?

Pour recevoir une rémunération, vous devez adresser une facture à l'Assurance-santé de l'Ontario ou au ministère.

Vous trouverez ci-dessous le détail des montants à facturer et des codes correspondants de l'Assurance-santé :

- Renseignement de la partie A du formulaire médical.....**\$35**.....**K057**
- Renseignement de la partie B du formulaire médical
  - Rapports sur l'état de santé et sur les activités de la vie quotidienne ..... **\$125** ..... **K058**
  - Rapport sur l'état de santé seulement.....**\$100**..... **K059**
  - Rapport sur les activités de la vie quotidienne seulement .....**\$25**..... **K060**

Pour la facturation, veuillez :

1. établir une facture papier au format lettre qui comporte :
  - votre nom au complet et votre profession, votre adresse et votre numéro de téléphone,
  - le nom complet de votre patient ou patiente, sa date de naissance et son identifiant (qui figure sur chaque page du formulaire),
  - le nom du formulaire que vous avez rempli (c.-à-d., Partie A, Partie B - Rapport sur l'état de santé et/ou Partie B - Rapport sur les activités de la vie quotidienne);
2. envoyer votre facture à l'adresse suivante :
  - ✓ **Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées**  
Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées  
C.P. B18  
Toronto (Ontario) M7A 1R3.

## À qui dois-je m'adresser en cas de questions?

Vous pouvez communiquer avec l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées :

### Par téléphone

416-326-5079 (à Toronto)

416-326-3372 (ligne ATS à Toronto)

1-888-256-6758 (hors de Toronto)

1-866-780-6050 (ligne ATS hors de Toronto)

### Par télécopieur

416-326-3374

# CONTENU DE LA TROUSSE DE RÉVISION DE L'ADMISSIBILITÉ SUR LE PLAN MÉDICAL

La trousse de révision de l'admissibilité sur le plan médical comporte les formulaires approuvés par le ministère à utiliser dans le but de recueillir des renseignements afin de mener une révision de l'admissibilité sur le plan médical.

L'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées informe le ou la bénéficiaire du POSPH qu'il ou elle fait l'objet d'une révision de son admissibilité sur le plan médical et lui envoie la trousse de révision de l'admissibilité sur le plan médical.

## 1. Les formulaires médicaux

- Ils permettent de recueillir des renseignements actualisés sur l'état de santé de votre patiente ou patient.
- Ils se présentent en deux parties :
  - La partie A du formulaire médical est obligatoire** et vise à recueillir des renseignements actualisés sur l'état de santé de votre patiente ou patient depuis la précédente décision concernant son admissibilité au POSPH.
  - La partie B du formulaire médical** vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé du patient ou de la patiente autres que ceux fournis dans la partie A. Cette partie n'est renseignée que si les réponses aux questions posées à la fin de la partie A l'exigent.
- En fonction des réponses données dans la partie A, vous devrez peut-être passer à la partie B. Dans ce cas, vous devez remplir à la fois le Rapport sur l'état de santé et le Rapport sur les activités de la vie quotidienne.



## 2. Résumé de la décision relative à l'admissibilité

- Ce résumé donne les raisons pour lesquelles votre patiente ou patient a été initialement évalué(e) comme personne handicapée et peut vous aider à remplir les formulaires médicaux.

## 3. La fiche d'information à l'intention des professionnels de la santé

- Elle vous fournit des renseignements sur la révision de l'admissibilité sur le plan médical.

## 4. Le consentement à la divulgation de renseignements médicaux et connexes

- Il s'agit d'un formulaire d'autorisation qui permet l'échange de renseignements entre les professionnels de la santé et l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées.
- Il doit être signé par la patiente ou le patient ou son représentant légal.

## 5. Le rapport personnel

- Il permet à votre patiente ou patient ou à la personne désignée (par ex. membre de sa famille, ami(e), curateur ou curatrice, chargé(e) de cas) de décrire comment sa déficience affecte sa vie.
- Il s'agit d'un formulaire **facultatif** que votre patiente ou patient peut remplir ou non.

## 6. La feuille d'instructions et une enveloppe adressée à l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées.

# COMMENT REMPLIR LES FORMULAIRES MÉDICAUX

Veillez remplir chaque section aussi précisément et lisiblement que possible. Cela aidera le ministère des Services sociaux et communautaires à déterminer, dans les délais, si votre patiente ou patient continue d'être admissible au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. S'il manque un renseignement, le ministère devra communiquer avec vous, ce qui risque de retarder la révision de l'admissibilité de votre patiente ou patient.

## **Identification de votre patiente ou patient**

Les renseignements personnels de votre patiente ou patient seront pré-remplis sur la première page du formulaire médical.

## **+ Partie A du formulaire médical**

### **✓ Section 1 : Rapport sur les affections médicales, déficiences et restrictions déjà signalées**

La partie A du formulaire médical concerne le statut des affections médicales, déficiences et limitations déjà signalées. Ces renseignements sont pré-remplis à la section 1.1 et reposent sur les données médicales vérifiées fournies par le professionnel de la santé de la patiente ou du patient au moment de la dernière décision au sujet de son admissibilité au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Les renseignements que vous fournissez à la section 1 aideront le ministère à évaluer l'état actuel de la patiente ou du patient, y compris tout changement clinique significatif intervenu dans les déficiences et limitations identifiées.

## ✓ Section 1.1

### Éléments pré-remplis :

- Condition médicale précédente,
- Liste des déficiences et limitations déjà signalées.

Condition médicale précédente		Pronostic probable <input type="checkbox"/> amélioration <input type="checkbox"/> état stable <input type="checkbox"/> détérioration <input type="checkbox"/> inconnu		
→ Trouble dépressif important		▶ Décrivez ci-dessous tout <b>changement cliniquement significatif</b> des déficiences signalées ou indiquez s'il n'y a eu aucun changement depuis → <u>2015-03-20</u> Date (aaaa-mm-jj)		
Déficiences antérieures	Encore présentes Oui   Non			
→ Perte d'énergie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Perte de concentration	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Perte de mémoire	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Indiquez les nouvelles déficiences		Durée des déficiences Durée prévue ▼ et sont ▼ <input type="checkbox"/> moins d'un an <input type="checkbox"/> récurrentes/épisodes <input type="checkbox"/> 1 an ou plus <input type="checkbox"/> continues		
Limitations précédentes		Encore présentes Oui   Non		
→ Perte de capacité à faire de l'exercice		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème d'apprentissage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Absence d'envie desocialisation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indiquez les nouvelles limitations		▶ Décrivez ci-dessous tout <b>changement cliniquement significatif</b> des limitations signalées ou indiquez s'il n'y a eu aucun changement depuis → <u>2015-03-20</u> Date (aaaa-mm-jj)		

La date fait référence à celle de la dernière décision rendue au sujet de l'admissibilité au POSPH.

Pour chaque **condition médicale précédente** (par ex. trouble dépressif important) **pré-remplie à la section 1.1** de la partie A, veuillez renseigner les points suivants :

## > Pronostic probable

Condition médicale précédente  
**Trouble dépressif important**

**A**

Pronostic probable

amélioration  état stable  détérioration  inconnu

**A.** Indiquez le pronostic actuel. Ce renseignement vous aidera à répondre à la question n°2 de la section 1.2

## > Impairments

Déficiences antérieures <b>B</b>	Encore présentes		<b>►</b> Décrivez ci-dessous tout <b>changement cliniquement significatif</b> des déficiences signalées ou indiquez s'il n'y a eu aucun changement depuis  <u>2015-03-20</u> Date (aaaa-mm-jj)
	Oui	Non	
Perte d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>D</b>
Perte de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indiquez les nouvelles déficiences <b>C</b>			<b>Durée des déficiences</b> Durée prévue ▼ et sont ▼ <b>E</b> <input type="checkbox"/> moins d'un an <input type="checkbox"/> récurrentes/épisodiques

- B.** Pour chaque déficience précédente pré-remplie, indiquez si elle est toujours présente.
- C.** Indiquez toute nouvelle déficience dont est atteint(e) actuellement votre patiente ou patient.
- D.** Dans la case fournie, décrivez tout changement cliniquement significatif des déficiences signalées depuis la date de la dernière décision au sujet de l'admissibilité au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Ce renseignement vous aidera à répondre à la question n°1 de la section 1.2.
- E.** Indiquez la durée de toutes les déficiences (celles déjà signalées qui sont toujours présentes et les nouvelles) et précisez si elles sont récurrentes/épisodiques ou continues.



## > Limitations

Limitations précédentes <b>F</b>	Encore présentes		► Décrivez ci-dessous tout <b>changement cliniquement significatif</b> des limitations signalées ou indiquez s'il n'y a eu aucun changement depuis  <u>2015-03-20</u> Date (aaaa-mm-jj)
	Oui	Non	
Perte de capacité à faire de l'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>H</b>
Problème d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Absence d'envie desocialisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Indiquez les nouvelles limitations</b>			
<b>G</b>			

- F.** Pour chaque limitation précédente pré-remplie, indiquez si elle est toujours présente.
- G.** Indiquez toute nouvelle limitation actuelle de votre patiente ou patient.
- H.** Dans la case fournie, décrivez tout changement cliniquement significatif des limitations signalées depuis la date de la dernière décision au sujet de l'admissibilité au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Ce renseignement vous aidera à répondre à la question n°1 de la section 1.2.

## ✓ Section 1.2

Pour déterminer si vous devez fournir plus de renseignements, vous devez répondre aux deux questions de la **section 1.2**.

### 1.2 Répondez aux questions suivantes pour déterminer s'il faut remplir la section 2

1. Y a-t-il eu une amélioration cliniquement significative d'une des déficiences ou limitations figurant à la section 1?
2. Pour l'une des affections mentionnées à la section 1, avez-vous indiqué que le pronostic laisse prévoir une amélioration ou est inconnu?

Oui

Oui

Si vous avez répondu **Non** aux deux questions, **ne remplissez pas la section 2, mais passez directement à la section 3** afin de signer et dater le formulaire. **Ne remplissez pas la partie B**. Aucun autre renseignement n'est nécessaire.

► Si vous avez répondu **Oui** à l'une ou l'autre de ces questions, **remplissez la section 2**. Le Ministère a besoin de ces renseignements pour décider de maintenir ou non l'admissibilité de votre patient au POSPH.



Si vous avez répondu  
**NON**  
à toutes les questions



**Allez à la section 3**  
Signez et datez le formulaire  
**Le formulaire est complet**



Si vous avez répondu  
**OUI**  
à l'une ou l'autre de  
ces questions



**Allez à la section 2**



## Section 2 : Données médicales disponibles et autres renseignements connexes à la section 1 seulement

L'indication d'amélioration fournie à la section 1 n'implique pas forcément que votre patiente ou patient n'est plus considéré(e) comme une personne handicapée. Le ministère utilisera les renseignements que vous fournissez à la section 2 pour évaluer si votre patiente ou patient peut toujours être considéré(e) comme une personne handicapée.



### Section 2.1

- Ne fournissez que les renseignements disponibles. Vous pouvez soit les décrire, soit joindre les rapports médicaux pertinents. Il n'est pas nécessaire de faire les deux.
- Il n'est pas nécessaire de fournir des renseignements sur les conditions médicales qui ne sont pas indiquées à la section 1.

## ✓ Section 2.2

Répondez à la question de la section 2.2 pour déterminer si vous devez remplir la partie B.

### 2.2 Répondez aux questions suivantes pour déterminer s'il faut remplir la partie B

Y a-t-il d'autres affections qui ne figurent pas à la section 1 et qui :

- se présentent sous forme de déficiences et de limitations?
- contribuent à l'état actuel du patient?

**Non**

Si vous avez répondu **Non**, **ne remplissez pas le formulaire médical, partie B. Passez à la section 3** ci-dessous pour signer et dater le formulaire. Aucun autre renseignement n'est nécessaire.

**Oui**

Si vous avez répondu **Oui**, **prenez la section 3** pour signer et dater le formulaire, puis **remplissez le formulaire médical, partie B**. Le Ministère a besoin de ces renseignements pour décider de maintenir ou non l'admissibilité de votre patient au POSPH.



Si vous avez répondu  
**NON**



**Allez à la section 3**  
Signez et datez le formulaire  
**Le formulaire est complet**



Si vous avez répondu  
**OUI**



**Vous devez remplir la partie B**  
Avant de passer à la partie B,  
vous devez remplir la section 3

## ✓ Section 3 : Attestation du professionnel de la santé approuvé

En datant et signant la partie A, vous attestez que les renseignements fournis sont véridiques selon votre opinion professionnelle.

## + Partie B du formulaire médical

### Remplissez la partie B uniquement si :

- Il y a une amélioration clinique significative des déficiences ou limitations de votre patiente ou patient ou une affection médicale devrait s'améliorer ou le pronostic probable n'est pas connu

### ET

- Votre patiente ou patient présente d'autres affections médicales avec des déficiences et limitations qui contribuent à son état de santé actuel.

## Rapport sur l'état de santé



### Section 1 : Affections médicales ne figurant pas dans la partie A qui contribuent à l'état actuel du patient

La section 1 de la partie B demande de renseigner les affections médicales actuelles ainsi que les déficiences et restrictions associées dans les colonnes respectives représentées ci-dessous. Ne mentionnez que les affections médicales qui ne figurent pas dans la partie A. Vous devrez fournir un pronostic probable, les déficiences, la durée et les restrictions pour chaque condition médicale indiquée.

<b>Condition médicale 1</b> <b>A</b>	<b>Pronostic probable</b> <input type="checkbox"/> amélioration <input type="checkbox"/> état stable <input type="checkbox"/> détérioration <input type="checkbox"/> inconnu <b>B</b>
<b>Déficiences</b> <b>C</b>	<b>Durée des déficiences</b> Durée prévue ▼    et sont ▼ <input type="checkbox"/> moins d'un an <input type="checkbox"/> récurrentes/ <input type="checkbox"/> 1 an ou plus <input type="checkbox"/> épisodiques <input type="checkbox"/> continues <b>D</b>
<b>Limitations</b> <b>E</b>	

- A.** La **condition médicale** est le nom de la maladie ou du problème de santé, du diagnostic ou du syndrome.
- B.** Indiquez le **pronostic probable** de la condition médicale indiquée.
- C.** Indiquez les **déficiences** associées.
- D.** Indiquez la **durée** de ces déficiences et précisez si elles sont récurrentes/ épisodiques ou continues.
- E.** Indiquez toutes les **restrictions** dont est atteint(e) votre patiente ou patient à cause des déficiences.

## ✓ Section 2

### ✓ Section 2.1

Dans cette section, vous indiquerez si les affections médicales signalées à la section 1 de la partie B constituent un problème de santé mentale, une toxicomanie ou un abus de substances, un trouble neurodéveloppemental ou un autre état de santé prenant la forme d'une déficience mentale.

#### Section 2.

2.1. Parmi les affections médicales signalées à la section 1 de la partie B, y en a-t-il qui sont énumérées ci-dessous?

Problème de santé mentale

Oui  Non

Toxicomanie ou abus de substances

Oui  Non

Troubles neurodéveloppementaux (p. ex., handicap intellectuel)

Oui  Non

Autre état de santé prenant la forme d'une déficience mentale (p. ex., blessure à la tête)

Oui  Non



Si vous avez répondu  
**NON**  
à toutes les questions



Allez à la section 3



Si vous avez répondu  
**OUI**  
à l'une des questions



Remplissez le reste  
de la section 2.1 et  
de la section 2.2

## ✓ Section 2.2

Dans la section 2.2, vous pouvez choisir de **joindre ou de décrire** les renseignements disponibles pouvant être utiles pour comprendre les déficiences mentales de la patiente ou du patient.

## ✓ Section 2.3

### **Grille d'évaluation du bien-être (état intellectuel et affectif)**

La grille d'évaluation du bien-être est une grille de 28 éléments utilisée pour recueillir des renseignements liés aux affections psychiatriques, psychologiques, neurologiques ou autres entraînant des déficiences mentales. Il est important de la remplir quand elle s'applique. Elle concerne à la fois la gravité et la fréquence de chaque symptôme. Si le symptôme est épisodique, utilisez l'espace vierge à droite de la grille pour expliquer les fluctuations de sa gravité.

## ✓ Section 3: Données médicales disponibles et autres renseignements connexes à la section 1 de la partie B

### ✓ Section 3.1

Utilisez cette section pour décrire les résultats de votre examen concernant l'état de santé actuel de votre patiente ou patient, sauf si vous l'avez décrit ailleurs dans le formulaire. Concentrez-vous sur les affections médicales énumérées dans la partie B.





## Section 3.2

En outre, vous pouvez choisir de **décrire ou de joindre** des renseignements médicaux supplémentaires ou autres justificatifs tels que vos rapports cliniques, les rapports des hôpitaux ou les rapports de consultation qui appuient ou clarifient les renseignements fournis dans le formulaire. Cela aidera l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées à prendre une décision éclairée dans les meilleurs délais.

3.2. **Des consultations ou évaluations ont-elles déjà eu lieu auprès d'un autre professionnel de la santé**

Oui  Non

Si vous avez répondu **Non**, veuillez préciser (p. ex., en attente ou sur la liste, non disponible, etc.)

Si vous avez répondu **Oui**, sélectionnez le type

Examens diagnostiques (analyses de labo, biopsie, étude du sommeil, échographie, imagerie, tests de stress, etc.)

Préciser \_\_\_\_\_

Consultations auprès de spécialistes (en cardiologie, neurologie, rhumatologie, oncologie, etc.)

Préciser \_\_\_\_\_

Autres évaluations ou rapports

Préciser \_\_\_\_\_

**Décrivez ci-dessous** les résultats pertinents **ou joignez** des copies du rapport s'il est disponible.

Consulter la pièce jointe

Si vous avez indiqué sur le formulaire médical que des documents additionnels sont disponibles mais que ceux-ci **ne sont ni décrits ni joints**, l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées pourra vous demander ces renseignements avant de prendre sa décision. Décrivez et joignez uniquement les rapports pertinents portant sur les affections et déficiences énumérées dans la partie B.

## ✓ Section 4 : Santé visuelle

Remplissez cette section uniquement si votre patiente ou patient est atteint(e) d'une affection visuelle (par ex. glaucome, rétinopathie diabétique) ou d'une déficience visuelle (perte de vision). Veuillez joindre l'examen ophtalmologique le plus récent (par ex. examen du champ visuel).

## ✓ Section 5 : Santé auditive

Remplissez cette section uniquement si votre patiente ou patient est atteint(e) d'une affection ou déficience visuelle (par ex. perte d'audition). Veuillez joindre l'examen auditif le plus récent (par ex. audiogramme).

## ✓ Section 6 : Intervention et traitement

Pour commencer, indiquez si votre patiente ou patient bénéficie d'un traitement ou d'une intervention pour les affections et déficiences énumérées dans la partie B.

### Section 6. Intervention et traitement

6.1 Des interventions et traitements sont-ils administrés pour les affections et déficiences indiquées dans la partie B?

Oui  Non

## ✓ Section 6.1

Si vous avez répondu **Non**, il est important d'expliquer pourquoi aucun traitement ni aucune intervention ne lui est administré (par ex., il n'existe peut-être pas de traitement disponible). Vous aurez la possibilité de décrire les traitements et interventions administrés par le passé à la page 8.

Si vous avez répondu **Oui**, utilisez les champs appropriés pour fournir des précisions sur les interventions et traitements tels que les **médicaments** et **autres interventions complémentaires pertinentes** (par ex. physiothérapie, hospitalisations, intervention chirurgicale, psychothérapie).

## ✓ Section 6.2 and 6.3

À la fin de la section 6, vous avez la possibilité de décrire les traitements antérieurs et le motif de leur cessation. Vous pouvez également fournir tout autre renseignement que vous jugez utile pour comprendre l'état de santé actuel de votre patiente ou patient.

# Activités de la vie quotidienne

## ✓ Section 8 : Rapport sur les activités de la vie quotidienne

### ✓ Section 8.1

Le Rapport sur les activités de la vie quotidienne est un rapport de 25 éléments constitué d'activités effectuées de manière quotidienne. L'échelle d'évaluation va de 0 (aucune limitation) à 3 (grave limitation). Vous pouvez utiliser l'espace vierge à la droite du rapport pour décrire la limitation.

### ✓ Section 8.2 and 8.3

Dans cette section, vous avez la possibilité de décrire tout service ou type d'assistance requis par votre patiente ou patient. Vous pouvez également fournir tout autre renseignement pouvant décrire les limitations que connaît votre patiente ou patient dans les activités de la vie quotidienne.



## Section 7 et 9: Attestation du professionnel de la santé approuvé

Il y a **deux** pages pour signer :

Si vous remplissez le Rapport sur l'état de santé seulement (pages 1 à 8), veuillez apposer la date et votre signature à la section 7 (page 8).

Si vous remplissez le Rapport sur l'état de santé (pages 1 à 8 ) et le Rapport sur les activités de la vie quotidienne (pages 9 à 10), signez et datez **uniquement** à la section 9 (page 10).

En datant et signant la partie B, vous atteste que les renseignements fournis sont véridiques selon votre opinion professionnelle.

## ANNEXE A

# Définitions du ministère des Services sociaux et communautaires

### **Condition**

- Nom de la maladie ou du problème de santé, du diagnostic ou du syndrome.

### **Continu ou récurrent**

- Continu signifie sans interruption.
- Récurrent signifie cyclique et répétitif par nature, qui se produit encore et toujours.

### **Durée**

- Temps que la déficience, qu'elle soit continue ou récurrente, est prévue de durer à compter de la date de renseignement du formulaire de révision de l'admission sur le plan médical..

### **Déficience**

- Toute perte ou variation dans la structure ou la fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

### **Restriction**

- Limitation dans les activités de la vie quotidienne provoquée directement par la déficience.

## ANNEXE B

### Guide de facturation pour les renseignements médicaux additionnels demandés par l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées

L'Unité des décisions sur l'admission des personnes handicapées pourra s'adresser à vous si des renseignements médicaux additionnels sont nécessaires. Voici le guide de facturation de ces renseignements additionnels :

#### 1. Précisions sur les services rendus et les montants réclamés :

(Seuls les rapports/renseignements demandés seront payés)

- Court rapport narratif dactylographié
  - Examen du dossier et préparation du rapport médical (15–20 minutes de temps de travail).....**50,00 \$**
- Rapport narratif complet dactylographié (au moins deux pages ou 40–45 minutes de temps de travail).....**100,00 \$**
- Photocopies des renseignements tirés du dossier médical du patient ou de la patiente et/ou un court énoncé/paragraphe (cinq premières pages) .....**25,00 \$**
- Photocopies des renseignements tirés du dossier médical du patient ou de la patiente et/ou un court énoncé/paragraphe après les cinq premières pages..... **1,08 \$**  
**/page**

2. Veuillez noter que votre facture vous sera retournée si :

- Le nom du patient ou de la patiente n'est pas lisible ou le nom du patient ou de la patiente et son identifiant n'apparaissent pas dans notre base de données.
- Le document porte la mention RELEVÉ.
- Le document est facturé au nom du ou de la bénéficiaire.
- Elle est imprimée/écrite sur un petit bout de papier qui ne laisse pas de place pour des approbations et signatures.
- Elle est adressée à d'autres bureaux gouvernementaux tels que Service Canada, Ressources humaines, Régime de pensions du Canada ou Ontario au travail.
- Le montant facturé dépasse les taux approuvés du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

3. La facture doit être établie au format lettre et envoyée à l'adresse suivante :

- ✉ **Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées**  
Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées  
C.P. B18  
Toronto (Ontario) M7A 1R3

