FSWC Québec

Formulaire de demande d'inscription

Afin de maximiser l'efficacité et la sécurité de nos programmes, FSWC Québec demande aux clients de compléter ce formulaire. Les informations qui y seront inscrites demeureront confidentielles.

Veuillez compléter cette demande, la sauvegarder et l'envoyer à :

admission@fswcquebec.ca

Après réception et analyse de votre demande, nous vous contacterons par courriel ou par téléphone. **Veuillez noter que votre demande ne garantit pas une participation au programme choisi.**

* indique le champ requis

Votre choix de programme (*)

- ○ **Les programmes basé sur l'activité physique 'Activity-Based Therapy' (ABT) et de stimulation électrique fonctionnelle (SEF)**

  Les priorités de l'admission: Les personnes blessées à la moelle épinière, qui font la demande pour un programme intensif d'un minimum de 6 heures/semaine pour la période de 3 mois ou plus, seront priorisées car ce programme est conçu spécifiquement pour cette clientèle. Selon la disponibilité de nos ressources humaines et matérielles, nous pourrons accepter des clients présentant différentes conditions neurologiques et des clients qui veulent suivre le programme de façon moins intensive.

- ○ **Seulement le programme de stimulation électrique fonctionnelle (SEF)**

Note :
Veuillez comprendre que notre coût pour offrir le programme de thérapie basée sur l'activité est de 125$/heure.

Cependant, il est possible d'appliquer des tarifs préférentiels grâce aux dons.

Les tarifs préférentiels pour **les résidents du Québec** sont actuellement fixés à $40 par heure pour le programme ABT et à $40 par branchement pour le programme SEF, grâce aux dons des donateurs majoritairement du Québec. Pour ceux qui ont des couvertures d'assurances d'une compagnie privée, nous allons calculer les frais de service selon votre plateau maximum. Avec cette formule, après que les clients sont remboursés par leur compagnie d'assurance, le montant qu'ils devront débourser ne dépassera jamais 40$/heure.

Vous êtes tenus de présenter une preuve de résidence au Québec en montrant votre carte valide de la RAMQ ou votre permis de conduire lors de votre consultation initiale afin de bénéficier de ces frais de service fixés spécialement pour les résidents du Québec.

Les frais de service pour le programme de thérapie basée sur l'activité pour **les résidents du Canada (hors Québec)** sont actuellement fixés à $95 par heure. Les frais de service pour le programme de la stimulation électrique fonctionnelle pour les résidents du Canada (hors Québec) sont actuellement fixés à $40 par branchement. Vous êtes tenus de présenter une preuve de résidence au Canada en montrant votre passeport ou votre carte de résident permanent lors de votre rencontre initiale afin de bénéficier de ces frais de service fixés spécialement pour les résidents du Canada.

Les frais de service pour le programme de thérapie basée sur l'activité pour les résidents hors Canada sont actuellement fixés à $120 par heure. Les frais de service pour le programme de la stimulation électrique fonctionnelle pour les résidents hors Canada sont actuellement fixés à $40 par branchement.

Information du client: Nom(*):_____Prénom(*):_____

Date de naissance (AA/MM/DD) (*) :_____Poids kg(*) :_____

Grandeur m(*) :_____ Sexe: ◯ Homme ◯ Femme

Adresse (*)_____

Ville (*) :_____Province(*) :_____ Code postal (*) :_____

Adresse courriel (*):_____Téléphone (domicile) :_____

(cellulaire): _____

Avez-vous une couverture d'assurance (*):

☐ service de physiothérapie offert par un Technologue en physiothérapie (anciennement appelé Thérapeute en réadaptation physique qui est un des deux professionnels de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Si vous avez des couvertures pour la physiothérapie, votre demande de remboursement sera normalement acceptée.)

☐ service de kinésiologie ☐ service de kinésithérapie

☐ service d'orthothérapie ☐ service de massothérapie

Information médicale :

Condition neurologique/Diagnostic (Cochez toutes les cases qui s'appliquent et inscrire la date du traumatisme ou du diagnostic) (*)

☐ Blessure à la moelle épinière Date :_____ ☐ Sclérose en plaques Date :_____

☐ Traumatisme crânien Date :_____ ☐ AVC: Date :_____

☐ Tumeur à la moelle épinière Date:_____ ☐ Maladie de Parkinson Date :_____

☐ Paralysie cérébrale Date:_____ ☐ Autre (veuillez expliquer) :

_____

_____

Y a-t-il autre chose que nous devrions connaître de votre condition? Si par exemple, paralysie cérébrale, AVC, sclérose en plaques, quels types? (*)

_____

_____

_____

Si c'est une blessure à la moelle épinière ou un traumatisme crânien acquis, quelle a été la cause de la blessure? (*)

_____

_____

Niveau de la blessure médullaire(*):_____ ◯ Complète ◯ Incomplète

Échelle de déficience ASIA : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Date du dernier examen médical (AA/MM) (*):_____

Types d'exercices suivis durant le programme de réadaptation dans le système de santé public, s'il y a lieu (verticalisation, entraînement à la marche, etc.)

_____
_____
_____

Date de la dernière session de la réadaptation (AA/MM) (*) : _____
Bilan de la réadaptation (*) :

_____
_____
_____

Matériel orthopédique ou implants (tiges, vis, dérivation (shunt), pompes, stimulation cérébrale profonde etc. Veuillez indiquer le type et la partie du corps) (*):

_____
_____
_____

Veuillez demander à votre pharmacien d'avoir une liste de vos médicaments et nous l'envoyer avec ce formulaire.

Avez-vous une ou des allergie(s)? Si oui laquelle ou lesquelles? Si ce n'est pas le cas, veuillez indiquer "aucune" ou "N/A".

_____

Veuillez répondre aux questions suivantes par Oui ou par Non. Répondez par Oui si la condition s'applique actuellement ou si vous avez eu cette condition dans le passé. (*)

Antécédents de douleurs thoraciques:_____	oui	non
Antécédents de maladie cardiaque ou de tout autre trouble cardiaque ou des valves:	oui	non
Antécédents familiaux de problèmes cardiaques (proches):_____	oui	non
Stimulateur cardiaque (pacemaker):_____	oui	non
Hypertension artérielle:_____	oui	non
Hypotension artérielle:_____	oui	non
Difficulté à faire de l'exercice:_____	oui	non
Antécédents de fracture pathologique_____	oui	non
Ostéoporose ou ostéopénie:_____	oui	non
Grossesse (en cours ou accouchement il y a moins de trois mois):_____	oui	non
Asthme:_____	oui	non
Toute autre maladie ou problème pulmonaire:_____	oui	non
Diabète:_____	oui	non
Maladie de la glande thyroïde:_____	oui	non
Hypercholestérolémie:_____	oui	non
Tabagisme:_____	oui	non
Obésité:_____	oui	non
Problème d'équilibre ou trouble vestibulaire:_____	oui	non
Trouble convulsif:_____	oui	non
Trouble musculaire, articulaire ou dorsal, ou tout antécédent qui vous affecte toujours:	oui	non
Plus d'une chute dans les 3 derniers mois:_____	oui	non
Recommandation de votre médecin de s'abstenir de faire de l'exercice:_____	oui	non
Chirurgie récente (dans les derniers 12 mois):_____	oui	non

Avez-vous une maladie chronique ou une condition qui pourrait s'aggraver suite à un exercice intense?
Si oui, veuillez expliquer:_____
_____

Êtes-vous habitué à faire des exercices vigoureux? ◯ oui ◯ non

Y a-t-il une raison particulière pour laquelle vous ne devriez pas suivre un programme d'exercices? Si oui, veuillez expliquer : ◯ oui ◯ non

Veuillez noter tout commentaire que vous considérez pertinent en lien avec votre programme d'exercices? (*)

Aides techniques utilisés sur une base hebdomadaire : (cochez toutes les cases qui s'appliquent) (*)

☐ Aucun ☐ Fauteuil roulant : ☐ (électrique) ☐ (manuel)
☐ Fauteuil triporteur ☐ Marchette (4 roues) ☐ Béquilles
☐ Canne ☐ Orthèses AFO ☐ Orthèses KAFO ☐ Bande abdominale

Veuillez inscrire tout autre équipement orthopédique utilisé :

Capacité sensorielle et motrice. Veuillez être le plus spécifique que possible.

Veuillez décrire brièvement si votre capacité sensorielle a diminué, même légèrement ou si vous ne ressentez plus aucune **sensation** (*) :

Veuillez décrire brièvement si votre capacité motrice a diminué, même légèrement ou si vous n'avez plus de **contrôle moteur** (*):

Veuillez décrire brièvement si vous avez de la spasticité, de la faiblesse ou des tremblements (précisez dans quelle partie du corps, le moment de la journée, la durée et les facteurs déclenchants) (*):

Quelles sont les thérapies ou les traitements que vous avez essayés dans le passé ou que vous suivez actuellement (par exemple, massages, acupuncture, physiothérapie, cellules souches etc.)? (*)

Est-ce que vous faites régulièrement des activités ou des exercices de mise en charge des membres atteints? Si oui, expliquez en détails ce que vous faites (fréquence, durée, types d'activité, depuis quand, etc) (*)

Quels sont les buts, les raisons ou les troubles de santé qui vous incitent à suivre le programme de FSWC Québec? (*)

Comment avez-vous entendu parlé de FSWC?

- ☐ Professionnel de santé
- ☐ Famille/amis
- ☐ Facebook
- ☐ Internet/site Web
- ☐ MEMO QC
- ☐ Autre

Quand seriez-vous prêt à commencer votre entraînement? (*)

À quelle fréquence prévoyez-vous venir au centre? (*)

Quelles sont vos journées préférées et les meilleurs moments pour venir vous entraîner? (*)

Quels sont vos autres choix de journées et de périodes? (*)

Je suis disponible que: ☐ après 17:00 ☐ fin de semaine

Combien de mois comptez-vous participer au programme d'entraînement? (*)

Avez-vous eu une densitométrie osseuse (test de densité osseuse) il y a moins de six mois? (*) ☐ oui ☐ non

Si non, il est possible que nous vous demandions d'obtenir l'avis de votre médecin après révision de votre demande afin d'évaluer le risque de fractures et d'ajuster le programme en conséquence.

À cocher (*)

☐ J'ai complété cette demande au meilleur de ma connaissance dans le but de faire connaître tout problème médical confirmé par un diagnostic ou toute condition qui pourrait augmenter le risque d'avoir un problème de santé, tout signe ou symptôme indicateur d'un problème de santé et tout comportement dans mon mode de vie relié à des effets négatifs ou positifs sur ma santé.

À cocher (optionnel)

☐ J'accepté de recevoir l'infolettre mensuel.

*N'oubliez pas d'envoyer une liste de vos médicaments avec ce formulaire.