



Fiche de renseignements sur le nanisme

Merci de remplir une fiche par personne de petite taille (PPT). Si la PPT a plus de 18 ans, remplir les sections 1, 2, 4 et 5. Si la PPT a moins de 18 ans, remplir les sections 1, 3, 4 et 5.

Section 1

Nom : Prénom : Date de naiss. :/...../.....

CONDITION PHYSIQUE

- Type de nanisme : Taille : Poids :

- Y a-t-il d'autres personnes de petite taille dans la famille? Oui Non

- Si oui, précisez (lien et nombre) :

- Nom du médecin de famille :

- À quel endroit? CLSC Clinique publique Clinique privée Hôpital

- La PPT est-elle suivie par un ou des médecin(s) spécialiste(s) en regard de son nanisme?

Veillez remplir les cases appropriées :

Spécialistes	Nom du spécialiste	Établissement
<input type="checkbox"/> Orthopédiste		
<input type="checkbox"/> Physiatre		
<input type="checkbox"/> Généticien		
<input type="checkbox"/> Neurochirurgien		
<input type="checkbox"/> ORL		
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		
<input type="checkbox"/> Autre:		

- Au cours de sa vie, la PPT a-t-elle eu des interventions chirurgicales? Oui Non

- Si oui, précisez :

- Présentement, la PPT a-t-elle des problèmes d'ordre médical associés au nanisme? Oui Non

- Si oui, lesquels?

Section 2 (à remplir si la PPT est un adulte)

CONDITIONS DE VIE

- État civil : Célibataire Marié(e) ou conjoint de fait Autre:
- Votre conjoint(e) est de : Taille régulière Petite taille
- Avez-vous des enfants? Oui Non - Si oui, remplissez le tableau suivant :

Nom de l'enfant	Date de naissance	Petite taille	Taille régulière
/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Votre scolarité : Primaire Secondaire Professionnelle Collégiale Universitaire :
- Votre domaine d'études :
- Votre occupation : - Votre profession :
- Si vous travaillez, votre poste de travail est-il adapté? Oui Non
- Type de revenu :
 Travail Sécurité du revenu Retraité Rente invalidité Aucun Autre :
- Résidence : Propriétaire Locataire Famille d'origine Autre:

TRANSPORT

- Détenez-vous un permis de conduire? Oui Non
- Possédez-vous une voiture? Oui Non - Si oui, est-elle adaptée? Oui Non
 - Si oui, par quelle compagnie, la voiture a-t-elle été adaptée?
- Utilisez-vous les transports en commun? Oui Non
- Utilisez-vous le transport adapté? Oui Non

Section 3 (à remplir si la PPT est un enfant de moins de 18 ans)

- Votre enfant va : à la garderie à l'école primaire à l'école secondaire Autre :
- À quel niveau est-il?
- Y a-t-il eu certaines adaptations faites à l'école ou à la garderie de votre enfant? Oui Non
 - Si oui, lesquelles?
- Quel moyen de transport utilise-t-il pour se rendre à l'école ou à la garderie?
- Si votre enfant va à l'école, a-t-il un plan d'intervention? Oui Non
- L'école de votre enfant a-t-elle accueilli une activité de sensibilisation scolaire faite par l'AQPPT?
 Oui Non

Tournez la page SVP

Section 4

DOMICILE

- Avez-vous fait certaines adaptations dans votre domicile? Oui Non
 - Si oui, quel(s) espace(s) sont adaptés?
 Cuisine Garde-robe Salle de bain Salon Chambre Autre:
- Expliquez-nous, brièvement, en quoi consistent ces adaptations :
-
-

LOISIRS

- La PPT a-t-elle une bicyclette? Oui Non - Si oui, est-elle adaptée? Oui Non
 - Si oui, par quelle compagnie, la bicyclette a-t-elle été adaptée?
- La PPT pratique-t-elle certains sports? Oui Non
 - Si oui, lesquels?
- Quelles sont les activités de loisir de la PPT?
-

Section 5

SOUTIEN ET DÉFENSE DE VOS DROITS

- Avez-vous bénéficié du *Programme d'adaptation de domicile (PAD)*?
 Oui Non En attente Ne s'applique pas
- Avez-vous bénéficié du *Programme d'adaptation de véhicule pour les personnes handicapées*?
 Oui Non En attente Ne s'applique pas
- Possédez-vous la *Vignette de stationnement pour personne handicapée*?
 Oui Non Refus En attente Ne s'applique pas
- Avez-vous une assurance-vie? Oui Non
 - Si oui, avez-vous eu de la difficulté à obtenir cette assurance-vie? Oui Non
 - Présentement, avec quelle compagnie d'assurance-vie êtes-vous assuré(e)?
- Bénéficiez-vous d'un crédit d'impôt pour personnes handicapées :
 - Au provincial : Oui Non Refus Ne s'applique pas
 - Au fédéral : Oui Non Refus Ne s'applique pas
- Connaissez-vous la *Subvention canadienne et du Bon canadien pour le Régime enregistrés d'épargne-invalidité (REEI)*? Oui Non J'en bénéficie Ne s'applique pas

Tournez la page SVP

- Bénéficiez-vous d'une allocation ou d'une prestation pour enfant handicapé?
 - Au provincial : Oui Non Refus Ne s'applique pas
 - Au fédéral : Oui Non Refus Ne s'applique pas
- Avez-vous bénéficié du *Programme d'attribution des tricycles et vélos adaptés pour enfant*?
 - Oui Non Refus En attente Ne s'applique pas
- Avez-vous bénéficié d'un programme pour des aides techniques (CLSC, Centre de réadaptation) ?
 - Oui Non Refus En attente Ne s'applique pas
- Connaissez-vous le *Contrat d'intégration au travail (CIT)*?
 - Oui Non J'en ai un Ne s'applique pas
- Avez-vous un dossier dans un Service externe de main-d'œuvre (SEMO)?
 - Oui Non Ne s'applique pas

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES EN LIEN AVEC LE NANISME

Au cours de votre vie, vous ou votre enfant, avez-vous vécu des difficultés reliées au nanisme :

- À l'école? : Oui Non - Si oui, lesquelles?
-
- En emploi? : Oui Non - Si oui, lesquelles?
-
- Dans vos loisirs? : Oui Non - Si oui, lesquelles?
-
- Dans votre famille? : Oui Non - Si oui, lesquelles?
-
- Dans votre vie sociale (amitié, sorties, rencontres)? : Oui Non - Si oui, lesquelles?
-
- Autre :
-

COMMENTAIRES :

.....

.....

Signature : Date :

NB : toutes les informations sont strictement confidentielles.

Tournez la page SVP