



Recommandation relative à des articles d'équipement médical et de fournitures médicales

Le présent formulaire peut être utilisé pour recommander de l'équipement médical et des fournitures médicales admissibles à une couverture dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Le présent formulaire n'est pas un formulaire d'évaluation. La personne qui fait la recommandation doit avoir effectué une évaluation complète avant de remplir le présent formulaire. Les articles couverts figurent dans les [Listes des prestations en équipement médical et fournitures médicales](#) du Programme des SSNA. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, y compris sur les critères d'admissibilité, veuillez consulter le [Guide d'équipement médical et de fournitures médicales](#), publié sur le site www.canada.ca/SSNA.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT (Veuillez écrire en lettres moulées. Les champs illisibles ou vides entraîneront des retards.)

Nom de famille :		Prénom(s) :	
Date de naissance : (AAAA-MM-JJ) _____		Numéro d'identification du client* : _____	
Équipement médical ou fourniture médicale recommandé (Veuillez joindre le rapport d'évaluation à l'appui de la recommandation.)			
(Veuillez cocher la case qui s'applique.)			
<input type="checkbox"/> Client en soins palliatifs		<input type="checkbox"/> Date prévue du congé d'un établissement de santé : _____	
<input type="checkbox"/> Client bariatrique		Taille _____	Poids _____
Durée du traitement :	Quantité recommandée :	Taille recommandée :	

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI EFFECTUE LA RECOMMANDATION (Veuillez écrire en lettres moulées.)

Nom de famille :		Prénom(s) :	
<input type="checkbox"/> Infirmière autorisée		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute autorisé	
<input type="checkbox"/> Autre professionnel autorisé dans le cadre du Programme des SSNA (Veuillez préciser) : _____		<input type="checkbox"/> Physiothérapeute autorisé	
N° du permis d'exercice :		Organisme de réglementation / Ordre professionnel :	
Nom et adresse de l'établissement :			
N° de téléphone :		Adresse courriel :	

Signature (professionnel de la santé) : _____ Date (AAAA-MM-JJ) : _____

*Le numéro d'identification du client peut être l'un des numéros suivants :

- Le numéro d'inscription à dix (10) chiffres attribué aux termes de la *Loi sur les Indiens* (aussi appelé numéro de traité ou de statut) pour les clients admissibles des Premières Nations. Si ce numéro est inconnu, veuillez inscrire le numéro de bande du client comportant trois (3) chiffres, suivi du numéro de famille à cinq (5) chiffres.
- Le numéro commençant par le préfixe B ou N suivi de huit (8) chiffres, attribué par le Programme des SSNA à certains clients inscrits des Premières Nations ou clients inuits reconnus.
- Le numéro du régime de soins de santé attribué par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ou le gouvernement du Nunavut aux clients inuits reconnus.

Énoncé de confidentialité

Les renseignements personnels que vous fournissez à Services aux Autochtones Canada (SAC) sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires à l'administration du Programme des SSNA. La loi autorise la collecte de renseignements à cette fin. Nous avons besoin de ces renseignements aux fins de traitement, de règlement et de vérification des demandes de paiement. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement, mais seulement conformément au paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Pour obtenir plus de renseignements : Une description des renseignements personnels recueillis se trouve sur le site Web d'InfoSource, à l'adresse [infosource.gc.ca](http://www.infosource.gc.ca). En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels et de les faire corriger. Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels (AIPRP) de SAC, dont les coordonnées se trouvent à l'adresse <http://www.tbs-sct.gc.ca/ap/atip-aiprp/coord-fra.asp>. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de manière inappropriée.