

Demande de supplément pour enfant handicapé

Allocation famille

Renseignements concernant la demande

Nous utilisons les renseignements fournis dans ce formulaire pour déterminer l'admissibilité de votre enfant au **supplément pour enfant handicapé (SEH)**. Veuillez lire les renseignements ci-dessous avant de remplir ce formulaire.

Comment déterminons-nous l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé?

Pour avoir droit au supplément pour enfant handicapé, l'enfant doit avoir moins de 18 ans et son parent¹ doit recevoir l'Allocation famille pour cet enfant. Le parent peut nous transmettre en même temps ses demandes pour l'Allocation famille et le supplément pour enfant handicapé.

Les demandes de supplément pour enfant handicapé (SEH) sont évaluées par notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé, composée de médecins, d'orthophonistes, de psychologues et de membres du personnel infirmier.

Nous déterminons l'admissibilité au SEH en vérifiant d'abord si la condition de votre enfant correspond à certains critères définis dans l'annexe A du Règlement sur les impôts. Pour en savoir davantage sur ces critères, visitez le site Web.retraitequebec.gouv.qc.ca.

Si aucun de ces critères ne s'applique à la condition de votre enfant, nous poursuivons l'analyse de son admissibilité au SEH en évaluant la sévérité de la situation de handicap vécue. **Cette évaluation n'est pas basée seulement sur un diagnostic.** L'enfant qui présente une déficience physique

ou un trouble des fonctions mentales peut être admissible au SEH **s'il présente des limitations importantes dans la réalisation de ses habitudes de vie**, par rapport à ce qui est attendu d'un enfant de son âge. Ces limitations doivent être présentes **pendant une période prévisible d'au moins un an**, malgré les facilitateurs et les traitements mis en place. Le fonctionnement de votre enfant dans ses différents milieux de vie est pris en compte dans cette évaluation.

Que sont les habitudes de vie?

Les *habitudes de vie* sont celles qu'un enfant devrait réaliser, **selon son âge**, pour prendre soin de lui-même et participer à la vie sociale. Les habitudes de vie qui sont prises en considération dans l'analyse des demandes sont les suivantes : la nutrition, les soins personnels, les déplacements, la communication, les relations interpersonnelles, les responsabilités et l'éducation.

Qu'est-ce qui est analysé?

L'admissibilité au SEH est établie à partir de l'ensemble des renseignements contenus dans le dossier de votre enfant. En plus des renseignements fournis par le parent qui dépose une demande, nous tenons compte de toute information pertinente qui provient de sources médicales ou paramédicales (médecin, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.). Les renseignements provenant de l'école, de la garderie et des intervenantes et intervenants psychosociaux qui connaissent bien votre enfant sont également pris en compte.

1. Aux fins de simplification, le terme *parent* utilisé dans le présent formulaire désigne la personne, ou encore la conjointe ou le conjoint de celle-ci, qui est responsable des soins et de l'éducation de l'enfant et qui réside avec lui.

Comment remplir votre demande

1. « **Partie du parent** » : répondez à toutes les questions qui s'appliquent à la condition de votre enfant.
2. **Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels** : remplissez et signez ce formulaire. Nous avons besoin de votre consentement pour obtenir des renseignements supplémentaires si nécessaire.
3. **Bilan éducationnel** :
 - **Si votre enfant fréquente une école ou une garderie**, remplissez la section 1 du *Bilan éducationnel* et faites remplir la section 2 par l'enseignante ou l'enseignant de votre enfant ou encore par l'éducatrice ou l'éducateur en garderie qui est responsable de votre enfant. Puis, transmettez-nous ce document.
 - **Si votre enfant ne fréquente pas d'école ou de garderie**, ne remplissez pas le *Bilan éducationnel*.
4. « **Partie de la professionnelle ou du professionnel** » : remplissez seulement la section 1. La section 2 doit être remplie par la professionnelle ou le professionnel de la santé qui connaît le mieux la condition de votre enfant (médecin, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, physiothérapeute, audiologiste, optométriste, etc.). Cette personne doit faire partie d'un ordre professionnel et avoir évalué ou revu l'enfant au cours des 12 derniers mois. Des honoraires peuvent vous être réclamés, et ils sont à vos frais.

Comment transmettre votre demande

1. Transmettez-nous la « Partie du parent » et le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels* sans attendre que le *Bilan éducationnel* et la « Partie de la professionnelle ou du professionnel » soient remplis. La date à laquelle nous recevrons ces documents pourrait avoir des répercussions sur la date où votre enfant deviendra admissible au SEH.
2. Au moment de nous transmettre le *Bilan éducationnel* (si votre enfant fréquente une école ou une garderie) et la « Partie de la professionnelle ou du professionnel », joignez à ces formulaires tous les documents médicaux et éducationnels que vous avez en main. Voici quelques-uns des documents les plus utiles :

- évaluation multidisciplinaire en clinique pédiatrique du développement, en clinique TSA, en clinique des maladies neuromusculaires, etc.;
- évaluation et rapport d'évolution en psychologie, en orthophonie, en ergothérapie, en physiothérapie, en psychoéducation, en audiologie (avec audiogramme), en optométrie (avec tests d'acuité visuelle), etc.;
- plan d'intervention de l'école et bulletins scolaires récents.

Si vous n'avez pas ces documents en main, nous pouvons, avec votre consentement signé, les obtenir auprès d'établissements du réseau de la santé ou de l'éducation.

3. Inscrivez votre numéro d'assurance sociale sur chaque document que vous nous transmettez.
4. Si vous recevez de nouveaux renseignements concernant la condition de votre enfant pendant l'étude de votre demande, veuillez nous les transmettre dès que possible afin que nous puissions en tenir compte.

Traitement de votre demande

Nous effectuons les étapes de traitement suivantes :

- Nous recevons votre demande et analysons votre dossier client de l'Allocation famille.

Si votre enfant est admissible à l'Allocation famille ou s'il y a été admissible dans les 11 mois précédant la date où nous avons reçu votre demande, ces autres étapes suivent :

- Nous transmettons votre dossier à notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé, qui détermine si votre enfant est admissible au SEH selon les critères définis par la Loi sur les impôts et son règlement.
- Nous demandons des renseignements complémentaires aux professionnelles et professionnels de la santé ou de l'éducation qui s'occupent de votre enfant, s'ils sont nécessaires pour rendre une décision.
- Quand nous avons reçu ces renseignements complémentaires, nous poursuivons notre analyse médicale afin de déterminer si votre enfant est admissible au SEH.
- Nous vous transmettons enfin notre décision par la poste et via le service en ligne Mon dossier.

Délai de réponse

Dans notre *Déclaration de services aux citoyennes et citoyens*, nous nous engageons à répondre à une demande de supplément pour enfant handicapé dans un délai maximal de 120 jours, à compter du moment où nous avons en main la « Partie du parent » et la « Partie de la professionnelle ou du professionnel ». Cet engagement concerne seulement les demandes pour lesquelles les renseignements et les documents fournis par le parent sont suffisants pour que nous puissions prendre une décision sans avoir à demander des renseignements complémentaires.

Le supplément peut-il être rétroactif?

Si votre enfant est admissible au SEH, vous pourriez recevoir un versement rétroactif pour une **période maximale de 11 mois** avant la date où nous avons reçu votre demande. C'est le cas uniquement **si la condition de votre enfant remplissait les critères d'admissibilité au SEH pendant toute cette période**. Sinon, nous déterminerons une date de début d'admissibilité au SEH en fonction du moment où la condition de votre enfant satisfait aux critères requis. La période de rétroactivité débutera à cette date.

Supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels (SEHNSE)

Votre enfant pourrait également être admissible au supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels (SEHNSE). Ce supplément est versé aux parents d'un enfant de moins de 18 ans qui présente des incapacités très importantes et multiples, et/ou dont l'état de santé nécessite certains soins médicaux complexes. **Pour connaître les critères d'admissibilité spécifiques à ce supplément et savoir si vous y avez droit, ainsi que pour vous aider à effectuer votre demande**, consultez notre site Web à retraitequebec.gouv.qc.ca.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de cette demande. Le fait de ne pas les fournir dans les sections obligatoires peut en allonger le délai de traitement ou en entraîner le rejet. Seul notre personnel autorisé a accès à ces renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions : leur communication à des tiers ne peut se faire que dans les cas prévus par la loi. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.

Pour obtenir plus d'information

Par Internet

Mon  dossier

Mon lien avec
Retraite Québec

retraitequebec.gouv.qc.ca/mondossier

Par téléphone

Région de Québec : **418 643-3381**

Région de Montréal : **514 864-3873**

Sans frais : **1 800 667-9625**

Pour plus d'information sur le supplément pour enfant handicapé ou sur le supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, vous pouvez consulter notre site Web à retraitequebec.gouv.qc.ca.



Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à : retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier.

Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4

Remplissez les **sections 1 et 2 au complet**. Pour les autres sections, répondez à toutes les questions **qui s'appliquent à la condition de votre enfant**. Si vous n'avez pas assez d'espace pour répondre à certaines questions, fournissez tout renseignement additionnel sur une autre feuille et inscrivez-y votre numéro d'assurance sociale.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit l'Allocation famille

1. Renseignements sur l'identité du parent qui reçoit l'Allocation famille

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille		Prénom	
	Date de naissance année mois jour		Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)	
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province		Code postal
Téléphone				
Au domicile ind. rég.		Autre ind. rég.		Poste

2. Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille		Prénom		Date de naissance année mois jour	
	Votre enfant réside : <input type="checkbox"/> avec sa famille <input type="checkbox"/> dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux <input type="checkbox"/> en famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____					
Indiquez le nom et le numéro de téléphone du [de la] travailleur[-euse] social[e] responsable du dossier de votre enfant. <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas						
Nom			Téléphone ind. rég.			
			Poste			

3. Liste des diagnostics posés

Inscrivez le ou les diagnostics de votre enfant.

Je ne les connais pas.

Cette partie du formulaire doit nous être retournée.

4. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie

Âge de votre enfant au moment où vous remplissez cette section : _____

Cette section nous permet d'obtenir des renseignements sur le **fonctionnement actuel de votre enfant dans son milieu familial**. Seules les capacités normalement développées chez un enfant en santé en fonction de son âge sont prises en compte dans l'analyse des limitations de votre enfant.

Marche à suivre

Indiquez si votre enfant présente **pour son âge** des difficultés dans la réalisation des habitudes de vie décrites aux sections 4.1 à 4.7 en cochant « **Oui** », « **Non** » ou « **Je ne sais pas** ».

- **Si vous cochez « Oui »**, décrivez ce que votre enfant ne peut pas faire ou les difficultés rencontrées. Précisez aussi le type d'aide dont il a besoin pour réaliser l'habitude de vie en question malgré les difficultés vécues.
- **Si vous cochez « Non »**, passez à l'habitude de vie suivante.
- **Si vous cochez « Je ne sais pas »**, nous vous encourageons à décrire ce que vous croyez être des difficultés. Précisez aussi le type d'aide dont votre enfant a besoin pour réaliser l'habitude de vie en question malgré les difficultés vécues.
- **Si vous pouvez joindre des documents récents à votre demande**, cochez la case « Documents joints » pour l'habitude de vie concernée. Ces documents peuvent déjà contenir tous les renseignements que vous souhaitez nous communiquer concernant le fonctionnement actuel de votre enfant dans son milieu familial. Vous pouvez inscrire des renseignements additionnels sur les difficultés vécues par votre enfant dans l'espace libre. **Important**: Si les documents joints datent de plus de 12 mois et que le fonctionnement de votre enfant a évolué, décrivez-nous les difficultés vécues en ce moment.

4.1 La nutrition

- Boire au sein ou au biberon, avec un verre à bec ou une paille, à la bouteille, dans une tasse ou un verre.
- Manger assez de nourriture pour assurer sa croissance.
- Avaler des liquides et des aliments de différentes textures et consistances sans étouffement important ou pneumonie d'aspiration.
- Porter des aliments à sa bouche avec ses doigts.
- Utiliser différents ustensiles (c'est la capacité de votre enfant à les utiliser qui sera prise en compte et non sa préférence de le faire ou non).
- Ouvrir des contenants, se prendre une collation ou participer à la préparation d'un repas simple (bol de céréales ou sandwich).
- Utiliser un grille-pain, un micro-ondes et d'autres outils de cuisine.

Votre enfant présente des difficultés concernant la nutrition. Oui Non Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

4.2 Les soins personnels

- Acquérir la propreté pour les urines et les selles. Utiliser des toilettes.
- Assurer son hygiène personnelle (se laver les mains et le visage, prendre un bain ou une douche, se brosser les dents, prendre soin de ses cheveux, etc.).
- S'habiller et se déshabiller (haut et bas du corps).
- Utiliser de manière adéquate des serviettes hygiéniques ou autres produits d'hygiène menstruelle.
- Participer aux soins de santé et au suivi des consignes thérapeutiques qui le concernent.

Votre enfant présente des difficultés concernant les soins personnels. Oui Non Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

4. Renseignements sur les limitations de votre enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie (suite)

4.5 Les relations interpersonnelles

- Entrer en contact avec les autres.
- Partager ses intérêts avec les autres.
- Démontrer de l'intérêt envers les autres.
- Tenir compte des propos des autres.
- Maintenir des relations affectives avec sa famille (parents, frères et sœurs).
- Créer et maintenir des liens avec d'autres enfants.
- Participer à des activités de groupe et travailler en équipe.
- Entretenir des liens avec d'autres adultes que ses parents.
- Adapter son comportement dans ses relations avec les autres (respecter l'autorité, éviter les comportements agressifs et irrespectueux, etc.).
- Se conformer aux conventions sociales (saluer, avoir des propos adéquats, respecter les règles de vie selon différents contextes, respecter l'espace personnel des autres, etc.).

Votre enfant présente des difficultés concernant les relations interpersonnelles. Oui Non Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

4.6 Les responsabilités

- Avoir la capacité de s'adapter à divers environnements.
- Mémoriser de l'information pour l'utiliser dans son quotidien (renseignements personnels de base, instructions simples, étapes des routines, trajet pour se déplacer entre des lieux connus, etc.).
- Comprendre et respecter des règles de vie, des règlements et des consignes de sécurité.
- Collaborer aux activités et aux tâches attendues de lui en fonction de son âge et de son milieu de vie.
- Développer son autonomie dans les routines, les tâches et les activités quotidiennes.
- Être en mesure de demander de l'aide lorsque c'est nécessaire.
- Maîtriser son comportement et ne pas mettre les autres ni soi-même en danger.
- Résoudre des problèmes du quotidien (réagir en situation imprévue, tenter des solutions face à une difficulté, etc.).
- Rester seul pendant de courtes périodes.
- Reconnaître la valeur de l'argent, faire de petits achats, etc.

Votre enfant présente des difficultés concernant les responsabilités. Oui Non Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant.

Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

4.7 L'éducation

- Être en mesure d'interagir avec son environnement (exploration, utilisation appropriée de jouets et d'objets).
- Développer ses habiletés de jeu (jeux de blocs, casse-têtes, jouer à faire semblant, jeux de table, etc.).
- Développer des habiletés préscolaires (dessin, découpage, bricolage, connaissance des couleurs et des formes, etc.).
- Faire l'apprentissage de notions scolaires (lecture, écriture, calcul, etc.).

Votre enfant présente des difficultés concernant l'éducation. Oui Non Je ne sais pas

- **Si oui**, décrivez les difficultés actuelles que vit votre enfant :

Documents joints. **À cocher** si vous joignez à votre demande des documents qui décrivent déjà les difficultés que votre enfant vit en ce moment. Vous pouvez aussi utiliser l'espace ci-dessus si vous souhaitez ajouter des renseignements complémentaires.

6. Évaluations et rendez-vous de suivi de votre enfant

Les renseignements contenus dans cette section nous permettent d'évaluer la condition de votre enfant. De plus, ils nous indiquent où nous pouvons demander des copies des documents nécessaires à l'étude de votre demande.

6.1 Évaluations et suivis effectués par des médecins

Remplissez le tableau au meilleur de vos connaissances. Au besoin, vous pouvez vous référer aux exemples contenus dans les listes ci-dessous.

Exemples de spécialités médicales		Fréquence des rendez-vous
<ul style="list-style-type: none"> ■ Allergologie/Immunologie ■ Cardiologie ■ Chirurgie ■ Dermatologie ■ Endocrinologie ■ Gastroentérologie ■ Génétique ■ Hématologie/Oncologie ■ Maladie métabolique ■ Médecine familiale ■ Néonatalogie ■ Néphrologie ■ Neurochirurgie ■ Neurologie ■ Ophtalmologie ■ Oto-rhino-laryngologie (ORL) ■ Orthopédie ■ Pédiatrie ■ Pédopsychiatrie ■ Physiatrie ■ Pneumologie ■ Rhumatologie ■ Soins palliatifs ■ Urologie 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Plus d'une fois par semaine ■ Chaque semaine ■ Toutes les 2 semaines ■ Chaque mois ■ Tous les 2 mois ■ Tous les 3 mois ■ Tous les 4 mois ■ Tous les 6 mois ■ Une fois par année ■ Moins d'une fois par année
Lieux des rendez-vous médicaux	Spécialité des médecins qui suivent votre enfant à cet endroit	Fréquence approximative des rendez-vous avec ces médecins dans la dernière année
Si vous ignorez le nom des cliniques ou des établissements où votre enfant est suivi, inscrivez plutôt le nom complet de ses médecins dans la colonne ci-dessous.		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé _____ année _____ mois depuis le : _____ (Date de fin approximative)

6. Évaluations et rendez-vous de suivi de votre enfant (suite)

6.2 Autres évaluations et suivis effectués

Remplissez le tableau au meilleur de vos connaissances. Au besoin, vous pouvez vous référer aux exemples contenus dans les listes ci-dessous.

Exemples de professionnel[le]s de la santé		Fréquence des rendez-vous
<ul style="list-style-type: none"> ■ Audiologiste ■ Diététicien[ne] / Nutritionniste ■ Éducateur[-trice] spécialisé[e] ■ Ergothérapeute ■ Infirmier[-ière] ■ Optométriste ■ Orthophoniste ■ Physiothérapeute ■ Psychoéducateur[-trice] ■ Psychologue / Neuropsychologue ■ Travailleur[-euse] social[e] 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Plus d'une fois par semaine ■ Chaque semaine ■ Toutes les 2 semaines ■ Chaque mois ■ Tous les 2 mois ■ Tous les 3 mois ■ Tous les 4 mois ■ Tous les 6 mois ■ Une fois par année ■ Moins d'une fois par année
Lieux des rendez-vous	Professionnel[le]s et intervenant[e]s qui suivent votre enfant à cet endroit	Fréquence approximative des rendez-vous avec ces professionnel[le]s et intervenant[e]s
Si vous ignorez le nom des cliniques ou des établissements où votre enfant est suivi, inscrivez plutôt le nom complet des professionnel[le]s et des intervenant[e]s rencontré[e]s dans la colonne ci-dessous.		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé depuis le : _____ <small>année mois</small> (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé depuis le : _____ <small>année mois</small> (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé depuis le : _____ <small>année mois</small> (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé depuis le : _____ <small>année mois</small> (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé depuis le : _____ <small>année mois</small> (Date de fin approximative)
<input type="checkbox"/> Même endroit que ci-dessus		Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Suivi cessé depuis le : _____ <small>année mois</small> (Date de fin approximative)

6.3 Évaluations à venir ou en attente

Est-ce que d'autres évaluations sont prévues pour votre enfant **avec de nouveaux médecins ou d'autres professionnel[le]s et intervenant[e]s qui n'ont encore jamais fait son évaluation?** Oui Non Je ne sais pas

Si oui, remplissez le tableau ci-dessous au meilleur de vos connaissances.

Nom de la clinique ou de l'établissement (si connu)	Type de médecin, professionnel[le], intervenant[e] ou équipe	Date approximative prévue pour le rendez-vous
		année mois <input type="checkbox"/> En attente/Je ne sais pas
		_____ <input type="checkbox"/> En attente/Je ne sais pas
		_____ <input type="checkbox"/> En attente/Je ne sais pas

7. Hospitalisations

Votre enfant a été hospitalisé pendant plus de 48 heures consécutives au cours des 12 derniers mois.

Oui Non

Si oui, veuillez fournir, au meilleur de vos connaissances, les renseignements demandés dans le tableau suivant :

Date de l'hospitalisation	Nom de l'établissement (ici ou à l'étranger)	Raison de l'hospitalisation	Durée approximative (en jours)
année mois jour			
année mois jour			
année mois jour			

8. Déclaration

En transmettant le présent formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont complets et qu'ils correspondent au profil actuel de mon enfant.

J'ai rempli ce formulaire le année mois jour à titre de :

Mère Père Tutrice ou tuteur Autre. Précisez : _____



Pour faciliter le traitement de votre demande

- Remplissez et retournez-nous rapidement la « **Partie du parent** » de cette demande et le **Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels**, sans attendre que le *Bilan éducationnel* et la « Partie de la professionnelle ou du professionnel » soient remplis.
- Si votre enfant fréquente une école ou une garderie, remplissez la section 1 du *Bilan éducationnel* et assurez-vous qu'une personne de l'école ou de la garderie de votre enfant en remplisse les autres sections.
- Remplissez la section 1 de la « **Partie de la professionnelle ou du professionnel** » et assurez-vous que la ou le médecin, ou encore la professionnelle ou le professionnel, qui suit votre enfant remplisse les sections qui s'appliquent à votre enfant.
- Inscrivez votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents.
- Retournez-nous ensuite le **Bilan éducationnel**, si votre enfant fréquente une école ou une garderie. Retournez-nous également la « **Partie de la professionnelle ou du professionnel** » remplie ainsi que **tous les documents médicaux et éducationnels** pertinents que vous êtes en mesure de nous fournir.



Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à :
retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via **Mon dossier**.

Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4

IMPORTANT : Le formulaire de consentement doit être rempli en totalité, signé et daté.

Ce formulaire a pour objectif de permettre à Retraite Québec d'obtenir directement auprès des personnes et des établissements mentionnés à la section 3 les documents ou renseignements nécessaires à l'évaluation de votre demande de supplément pour enfant handicapé ou de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels. En donnant votre consentement à Retraite Québec, vous évitez de devoir rassembler ces documents et les transmettre vous-même à cet organisme. Au besoin, Retraite Québec pourrait tout de même demander votre collaboration, notamment si elle doit obtenir des renseignements supplémentaires.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Numéro d'assurance sociale de la personne qui reçoit l'Allocation famille

1. Renseignements sur l'identité de la personne qui a l'autorité parentale (mère, père, tutrice ou tuteur)

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille		Prénom		
	Date de naissance année mois jour		Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)		
Ville			Province		Code postal
Téléphone ind. rég.		Autre ind. rég.		Poste	

2. Renseignements sur l'identité de votre enfant

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille		Prénom	
	Date de naissance année mois jour		Numéro d'assurance maladie	

3. Consentement et signature de la personne qui a l'autorité parentale

Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de supplément pour enfant handicapé ou de supplément pour enfant handicapé nécessitant des soins exceptionnels, je consens à ce que les personnes et les établissements suivants communiquent à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et éducationnels pertinents qu'ils détiennent au sujet de mon enfant :

- toute ou tout médecin, toute professionnelle ou tout professionnel de la santé;
- tout établissement de santé ou de services sociaux;
- tout établissement scolaire ou milieu de garde.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même si je décède, jusqu'à l'épuisement des recours des parties. Il vise les renseignements déjà présents dans le dossier de mon enfant et ceux qui s'y ajouteront d'ici la fin du processus décisionnel.

Signature _____ Date

À quel titre avez-vous signé? Mère Père Tutrice ou tuteur

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire de consentement sont nécessaires pour que ce dernier soit valide. Le fait de ne pas les fournir peut allonger le délai de traitement ou rendre le consentement invalide. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.

Le *Bilan éducationnel* nous procure l'information nécessaire sur le fonctionnement de l'enfant à l'école ou à la garderie. Pour déterminer l'admissibilité au supplément pour enfant handicapé (SEH), nous devons évaluer les limitations de l'enfant dans la réalisation de ses habitudes de vie **dans ses différents milieux**. Veuillez remplir la section 1 de ce formulaire avant de le remettre à l'école ou à la garderie.

Veuillez écrire en lettres détachées.

SECTION 1 À remplir avant de remettre le formulaire à l'école ou à la garderie

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit l'Allocation famille

1.1 Renseignements sur l'identité de l'enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour
L'enfant fréquente <input type="checkbox"/> CPE <input type="checkbox"/> Garderie en milieu familial <input type="checkbox"/> École	Depuis année mois	Fréquence (jours/semaine)
Nom de l'établissement	Téléphone de l'établissement ind. rég.	
Nom de l'enseignant[e] ou de l'éducateur[-trice] en garderie		

SECTION 2 À remplir par l'enseignant[e] ou l'éducateur[-trice] en garderie

Depuis quand êtes-vous en interaction quotidienne avec l'enfant?

 année mois

2.1 Services adaptés offerts à l'enfant à l'école ou à la garderie

Service (psychologie, éducation spécialisée, orthophonie, psychoéducation, orthopédagogie, ergothérapie, physiothérapie, etc.)	Fréquence (exemple: heures/semaine)	Ratio enfants/intervenant[e]	Date de la dernière évaluation année mois

2.2 Acquis scolaires de l'enfant, si d'âge scolaire (Cette section doit être remplie par l'enseignant[e] ou l'orthopédagogue de l'enfant.)

<input type="checkbox"/> Classe ordinaire <input type="checkbox"/> Classe spécialisée /adaptée. Précisez le type de classe :	Précisez le ratio élèves/intervenant[e] en classe (exemple: 8 élèves/1 intervenant[e]):
---	--

Programme scolaire **suivi par l'enfant**: Régulier Modifié CAPS Autre: _____

Précisez les acquis scolaires actuels de l'enfant à l'aide du tableau suivant en fonction des niveaux scolaires du programme régulier de formation de l'école québécoise. Ces acquis peuvent être inférieurs à ce qui est attendu d'un enfant du même âge ou ils peuvent être de même niveau.

Remplissez le tableau en utilisant les lettres correspondant au niveau. **D**: Début du niveau **M**: Milieu du niveau **F**: Fin du niveau

	Préscolaire	1 ^{er} cycle du primaire		2 ^e cycle du primaire		3 ^e cycle du primaire		Secondaire Précisez le niveau.
		1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	1 ^{re} année	2 ^e année	
Lecture								
Mathématiques								

Existe-t-il un **plan d'intervention**? Oui Non **Si oui**, fournissez le plan d'intervention le plus récent.

Partie de la professionnelle ou du professionnel

IMPORTANT : La « Partie de la professionnelle ou du professionnel » du formulaire doit être remplie par la professionnelle ou le professionnel de la santé qui connaît le mieux la condition de l'enfant. Cette personne doit faire partie d'un ordre professionnel et **avoir évalué ou revu l'enfant au cours des 12 derniers mois**. Si l'enfant est suivi par plus d'une personne, d'autres professionnelles et professionnels peuvent remplir les parties qui les concernent. Dans ce cas, chaque professionnelle ou professionnel doit apposer sa signature à la fin du formulaire.

Veillez écrire en lettres détachées.

SECTION 1 À remplir par le parent

Numéro d'assurance sociale du parent qui reçoit l'Allocation famille

1. Renseignements sur l'identité de votre enfant

Nom de famille	Prénom	Date de naissance
		année mois jour

SECTION 2 À remplir par la professionnelle ou le professionnel

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont utilisés par Retraite Québec pour déterminer l'admissibilité de l'enfant au **supplément pour enfant handicapé (SEH)**. Le SEH est une aide financière destinée aux parents d'un enfant en situation de handicap important. Pour y être admissible, l'enfant doit présenter une déficience physique ou un trouble des fonctions mentales qui le limite de façon importante dans la réalisation des habitudes de vie d'un enfant de son âge pendant une période prévisible d'au moins un an. Il est important de prendre en considération les éléments suivants lorsque vous remplissez la présente demande :

- Certains critères précis pour lesquels l'enfant est présumé handicapé sont définis dans l'annexe A du Règlement sur les impôts. Si aucun de ces critères ne s'applique à la condition de l'enfant, l'analyse de l'admissibilité au SEH se base sur la sévérité de la situation de handicap vécue par l'enfant. Pour obtenir plus d'information, consultez notre site Web à retraitequebec.gouv.qc.ca.
- Si la condition de santé de l'enfant peut être améliorée par une intervention thérapeutique reconnue, l'importance des limitations est évaluée une fois le traitement mis en place.
- Un diagnostic peut très rarement à lui seul déterminer l'admissibilité au SEH. La « Partie de la professionnelle ou du professionnel » a pour but **d'attester la gravité et l'étendue des déficiences ou des troubles des fonctions mentales ainsi que des incapacités qui en découlent, et de préciser les soins thérapeutiques requis**.
- Les renseignements fournis doivent représenter la situation actuelle de l'enfant et être basés sur une évaluation récente.

2.1 Diagnostics (obligatoire)

Depuis combien de temps suivez-vous l'enfant? _____

année mois jour

Date de votre plus récente évaluation de l'enfant: _____

Inscrivez tous les diagnostics posés sur l'état de l'enfant ou les conclusions de la professionnelle ou du professionnel :

Diagnostic / Conclusion de la professionnelle ou du professionnel	Date du diagnostic			Date de début de l'investigation ayant mené à ce diagnostic		
	année	mois	jour	année	mois	jour

2.2 Prématurité

Oui Non Documents joints

Si oui : Âge de gestation à la naissance: _____ semaines et _____ /7 jours Poids à la naissance: _____ kg

Cette partie du formulaire doit nous être retournée.

2.3 Médication

Ne s'applique pas Documents joints Je n'ai pas ce renseignement

À remplir si l'enfant prend régulièrement des médicaments ou des suppléments alimentaires prescrits.

Nom du médicament	Posologie (dose, fréquence et voie d'administration)	Date de début du traitement		Date de fin du traitement si connue		Si administration par périodes intermittentes, précisez
		année	mois	année	mois	

2.4 Condition de l'enfant

Marche à suivre

Dans les sections 2.4.1 à 2.4.17, remplissez seulement les parties qui s'appliquent à la condition de l'enfant.

Les renseignements demandés sont parfois très précis. Si vous souhaitez fournir des observations ou des commentaires additionnels relatifs à la condition de l'enfant, faites-le dans la section 2.4.18 « Autres renseignements ».

Si vous constatez que vous avez déjà fourni un renseignement demandé ailleurs dans le formulaire, vous n'avez pas besoin de le répéter.

Si vous pouvez joindre au formulaire des rapports récents ou des notes de suivi médical qui contiennent les réponses aux questions posées dans une section du formulaire, cochez la case « Documents joints » au début de la section concernée. Dans ce cas, vous n'avez pas besoin d'inscrire les renseignements demandés dans cette section.

2.4.1 Retard staturopondéral

Oui Non Documents joints

Si oui, joindre une copie des courbes de croissance, si possible.

Poids: _____ kg Taille: _____ cm IMC: _____ En date de: _____
année mois

Précisez (cause, prise en charge, etc.):

2.4.2 Trouble du langage

Oui Non Documents joints

Si oui, veuillez fournir ces documents :

- un rapport d'évaluation récent complet en orthophonie (fourni par l'orthophoniste), incluant l'anamnèse;
- le rapport d'évolution de la dernière année en orthophonie, s'il y a lieu.

À remplir si vous n'avez pas en main les documents demandés, mais que vous pouvez nous fournir le nom d'un établissement du réseau de la santé* ou de l'éducation où nous pourrions les obtenir.

Nom de l'établissement ou nom de la professionnelle ou du professionnel consulté.	Date approximative de l'évaluation complète la plus récente	Période du suivi le plus récent								
		année	mois	de	année	mois	à	année	mois	

* Vous pouvez également nous fournir le nom d'une clinique privée.

Je ne suis pas orthophoniste et je ne suis pas en mesure de fournir le nom d'un établissement où vous pourriez obtenir les documents demandés.

2.4.3 Troubles des fonctions mentales Ne s'applique pas Documents jointsL'enfant présente un **trouble neurodéveloppemental**.

(Trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, retard global de développement, etc.)

 Oui Non**Si oui**, veuillez fournir ces documents :

- les évaluations professionnelles ou multidisciplinaires détaillées les plus récentes en lien avec la condition de l'enfant.

L'enfant présente un **trouble grave du comportement**. Oui Non**Si oui**, veuillez fournir ces documents :

- les évaluations professionnelles ou multidisciplinaires détaillées les plus récentes en lien avec la condition de l'enfant;
- les notes de suivi médical des 12 derniers mois.

L'enfant présente un **trouble relevant de la psychopathologie**. Oui Non**Si oui**, veuillez fournir ces documents :

- les évaluations professionnelles ou multidisciplinaires détaillées les plus récentes en lien avec la condition de l'enfant;
- les notes de suivi médical des 12 derniers mois.

Si vous n'avez pas en main les documents demandés, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour nous indiquer le nom d'un établissement du réseau de la santé* ou de l'éducation où nous pourrions les obtenir.

Nom de l'établissement ou nom de la professionnelle ou du professionnel consulté.	Profession de la personne ou spécialité de l'équipe ayant évalué l'enfant Exemples : ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, clinique du développement, pédopsychiatre.	Date approximative de l'évaluation complète la plus récente
		année mois

* Vous pouvez également nous fournir le nom d'une clinique privée.

 Je ne suis pas en mesure de fournir le nom d'un établissement où vous pourriez obtenir les documents demandés.**2.4.4 Décompensations et soins en milieu hospitalier** Ne s'applique pas Documents jointsÀ remplir si l'enfant a eu des décompensations et a reçu des soins en milieu hospitalier **au cours des 12 derniers mois**.

Hospitalisations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas			
Motif	Date	Durée approximative	Établissement
	année mois		

Visites à l'urgence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas			
Motif	Date	Durée approximative	Établissement
	année mois		

Traitements reçus en centre de jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas			
Motif	Date	Durée approximative et fréquence si applicable	Établissement
	année mois		

2.4.5 Procédures chirurgicales et interventionnelles

Ne s'applique pas Documents joints

À remplir si l'enfant a subi ou doit subir une ou des procédures.

Type de procédure	Procédure effectuée (date)		Procédure prévue (date ou âge)		
	année	mois	année	mois	âge

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a fait l'objet d'une évaluation par une équipe de greffe et est sur une liste d'attente pour une greffe d'organe ou de cellules souches. Si oui, précisez :

2.4.6 Immunosuppression, cancers ou chimiothérapie

Ne s'applique pas Documents joints

Oui	Non					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a reçu une greffe d'organe ou de cellules souches . Date de la greffe : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: none; text-align: center;">année</td><td style="border: none; text-align: center;">mois</td></tr><tr><td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td><td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td></tr></table> Type :	année	mois	_ _ _ _	_ _
année	mois					
_ _ _ _	_ _					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer solide ou hématologique nécessitant des traitements de radiothérapie, ou de chimiothérapie par voie orale ou parentérale. Précisez le type de cancer : _____ Précisez le stade : _____ Précisez les types de traitements et la durée approximative prévue des traitements :				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin de traitements de chimiothérapie par voie orale ou parentérale pour une condition autre qu'un cancer. Précisez le type de traitement et la durée approximative prévue des traitements :				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complications dans les 12 derniers mois ou restriction d'activités médicalement prescrite en lien avec l'immunosuppression. Précisez :				

2.4.7 Soins de peau complexes

Ne s'applique pas Documents joints

Oui	Non									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soins journaliers de la peau pour conditions dermatologiques extrêmes et étendues, à haut risque de plaies de pression, de synéchies ou de rétractions. Date de début : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: none; text-align: center;">année</td><td style="border: none; text-align: center;">mois</td></tr><tr><td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td><td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td></tr></table> Date approximative de fin : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: none; text-align: center;">année</td><td style="border: none; text-align: center;">mois</td></tr><tr><td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td><td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td></tr></table> <input type="checkbox"/> Inconnue Précisez (type de soins, fréquence et durée des soins, complications, etc.) :	année	mois	_ _ _ _	_ _	année	mois	_ _ _ _	_ _
année	mois									
_ _ _ _	_ _									
année	mois									
_ _ _ _	_ _									

2.4.8 Déficience auditive

Ne s'applique pas Documents joints

Évaluation audiolinguistique la plus récente : _____
année mois

Par audiologie tonale Par PEATC Autre : _____

Validité des résultats : Bonne Moyenne Test à refaire. Raison : _____

Moyenne des sons purs à la meilleure oreille à 500 Hz, 1 000 Hz, 2 000 Hz et 4 000 Hz : _____ dBeHL Inconnue

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a reçu un implant cochléaire . Si oui , date de la chirurgie : _____ <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a reçu deux implants cochléaires . Si oui , date des chirurgies : _____ <small>année mois année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant porte quotidiennement deux prothèses auditives .

Si l'enfant a plus de 2 ans :

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a recours au langage gestuel pour communiquer dans ses divers milieux de vie.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant présente un retard de langage oral qui nécessite un suivi régulier en orthophonie .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le langage oral de l'enfant est la plupart du temps incompréhensible (si l'on tient compte de la forme, du contenu et de l'utilisation en contexte spontané et conversationnel.) : <input type="checkbox"/> Pour sa famille <input type="checkbox"/> Pour ses pairs <input type="checkbox"/> Pour une personne adulte non familière

2.4.9 Déficience visuelle

Ne s'applique pas Documents joints

Acuité visuelle binoculaire, après correction : _____ N'a jamais été évaluée

Date de l'examen _____
année mois Méthode : _____

Validité des résultats : Acceptable Test à refaire. Raison : _____

Réévaluation de la vision prévue à l'âge de _____

Champs visuels mesurés en vision binoculaire en fixant un point central, dans son plus grand diamètre : _____

Date de l'examen _____
année mois Méthode : _____ N'ont jamais été évalués

Oui	Non	Je ne sais pas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant utilise des moyens adaptés pour fonctionner dans ses divers milieux de vie (exemples : manuels spécialisés, documents audio, appareils grossissants, braille). Si oui , précisez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant a besoin d'aide pour ses déplacements (aide technique, aménagement de l'environnement ou aide humaine). Si oui , précisez : _____

Autres précisions sur la déficience visuelle et ses conséquences sur le quotidien de l'enfant (exemples : résultats d'autres tests ou présence d'autres types d'atteintes, dont photophobie importante, hémianopsie, nystagmus, déficience visuelle corticale, atteinte de la vision nocturne) : _____

2.4.10 Déficience motrice

Ne s'applique pas Documents joints

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant présente une amputation ou une agénésie . Précisez les composantes anatomiques absentes ou modifiées :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant présente une paralysie du plexus brachial . Précisez l'atteinte (exemples : complète ou partielle, niveau neurologique atteint) :
Oui	Non	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonctions motrices	Normal pour l'âge	Performance moindre, maladresse ou retard d'acquisition	Incapacité ou difficulté suffisante pour compromettre l'autonomie, malgré la prise en charge	Je ne sais pas ou ne s'applique pas
Préhensions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités bimanuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintien de la position assise sans appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintien de la position debout sans appui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacité à se relever du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement au sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement dans les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez la cause de ces difficultés :

Si connu : AIMS : _____ en date de : _____
année mois
 GMFCS niveau : _____ MACS niveau : _____

2.4.11 Épilepsie

 Ne s'applique pas Documents joints

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant fait des crises d'épilepsie . Son traitement a commencé le : _____ Échecs thérapeutiques précédents avec précisions : _____ Décrivez les types, la durée et la fréquence des crises survenues (malgré le traitement en place) dans les derniers mois : _____ Date de la dernière crise : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diète cétoène classique médicalement prescrite. Date de début : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence de retards ou de déficits moteur, langagier ou intellectuel associés. (En cas de retard ou de déficit moteur, remplissez la section 2.4.10 et joignez les rapports d'évaluation professionnelle si possible. Tout autre renseignement peut être ajouté dans la section 2.4.18 « Autres renseignements ».)

2.4.12 Trouble de la coagulation

 Ne s'applique pas Documents joints

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémophilie ou autre trouble de la coagulation. Si oui, précisez le dosage de facteur déficient : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protocole de traitement en place. Précisez (ou joignez une copie) : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence de complications dans les 12 derniers mois ou de séquelles . Précisez : _____

2.4.13 Syndrome drépanocytaire

 Ne s'applique pas Documents joints

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome drépanocytaire ou anémie falciforme. Si oui, spécifiez le type précis d'hémoglobinopathie : Hb : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crises vaso-occlusives dans les 12 derniers mois. Précisez le nombre de crises : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin de transfusions régulières. Précisez la fréquence : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécrose avasculaire. Précisez le ou les sites : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Présence d' autres complications ou séquelles chez cet enfant. Précisez : _____

2.4.14 Atteinte des fonctions respiratoires et/ou cardiovasculaires

Ne s'applique pas

Documents joints

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxygénothérapie quotidienne à domicile. Date de début : _____ <small>année mois</small> Nombre d'heures par jour : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sevrage commencé. Date approximative de fin : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilation mécanique à domicile. Date de début : _____ <small>année mois</small> Type d'appareil : <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> Autre : _____ Fréquence d'utilisation : <input type="checkbox"/> Quotidienne Nombre d'heures par jour : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sevrage commencé. Date approximative de fin : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trachéostomie / trachéotomie. Date de début : _____ <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sevrage commencé. Date approximative de fin : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant reçoit des traitements de physiothérapie respiratoire quotidiens de façon <u>chronique</u> (durée prévisible de plus d'un an).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant reçoit des traitements en nébulisation quotidiens de façon <u>chronique</u> (durée prévisible de plus d'un an).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 épisodes ou plus de décompensations ont nécessité la prise de glucocorticoïdes par voie orale ou intraveineuse dans les 12 derniers mois. Dates : _____ <small>année mois année mois année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats de tests de fonction respiratoire considérablement altérés lorsque l'état de l'enfant est stable, en dehors de toute infection ou décompensation aiguë, malgré la prise en charge. Si oui , précisez :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant reçoit des inotropes par voie intraveineuse à domicile. Date de début : _____ <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositif d'assistance ventriculaire (pompe cardiaque artificielle) à domicile. Date de début : _____ <small>année mois</small>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopathie dont la prise en charge requiert une palliation par la création d'une physiologie univentriculaire .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fraction d'éjection du ventricule gauche reste de façon chronique et persistante en dessous de 30 % telle que mesurée par échographie sériée (joindre les rapports d'échographie si possible).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension pulmonaire chronique symptomatique.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limitations cardiorespiratoires à l'effort en lien avec sa condition. Si oui , précisez le niveau d'activité qui déclenche les signes et symptômes : <input type="checkbox"/> Au repos <input type="checkbox"/> Lors des AVQ <input type="checkbox"/> À la marche <input type="checkbox"/> Autre : _____ Si oui , précisez les signes et symptômes présents : <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoxie chronique. Si connue, saturation en oxygène habituelle au repos à l'air ambiant : _____ % et à l'effort : _____ %

2.4.15 Allergies alimentaires

Ne s'applique pas Documents joints

À remplir si l'enfant présente des allergies alimentaires. Inscrivez les allergènes responsables des allergies de l'enfant et fournissez les autres renseignements demandés.

Allergène	Type de réaction	Résultat des tests d'allergie les plus récents (ou joindre une copie des résultats)	Type de diète médicalement requise Faites un choix dans la liste présentée sous le tableau et inscrivez le chiffre correspondant au type de diète.*	Date de début de la diète d'éviction
				année mois
				année mois
				année mois
				année mois
				année mois
				année mois
				année mois
				année mois

* **1** - Éviction stricte requise, soit éviter toutes traces de l'allergène en cause. **2** - Éviter la consommation directe de l'allergène en cause, mais traces permises. **3** - Éviter la consommation de l'allergène en cause au-delà des doses quotidiennes pour enfant en désensibilisation. **4** - L'enfant peut consommer l'allergène en cause dans une diète normale si désiré. **5** - Autres (précisez).

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'enfant tolère l'œuf cuit dans les mélanges.

Allergies résolues :

Oui	Non																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Processus de désensibilisation commencé (immunothérapie orale). Si oui , précisez :																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Allergène en désensibilisation</th> <th>Dose actuellement tolérée</th> <th>Est sous dose d'entretien</th> <th>Provocation haute dose tolérée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée</td> </tr> </tbody> </table>	Allergène en désensibilisation	Dose actuellement tolérée	Est sous dose d'entretien	Provocation haute dose tolérée			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée
Allergène en désensibilisation	Dose actuellement tolérée	Est sous dose d'entretien	Provocation haute dose tolérée																							
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée																							
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée																							
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée																							
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée																							
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas testée																							

Oui	Non	Je ne sais pas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un risque de réaction systémique à une très faible dose (valeur ED05 ou en dessous) requérant l'administration d'épinéphrine est présent et démontré. Si oui , allergènes responsables :

2.4.16 Atteinte du système digestif et/ou difficultés d'alimentation

Ne s'applique pas

Documents joints

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Diète restreinte ou adaptée. Précisez la raison (maladie métabolique, dysphagie, etc.) et le type de restriction ou d'adaptation. Si l'enfant doit suivre une diète d'éviction stricte (éviter toutes traces) en lien avec sa condition, le mentionner. (Si allergies alimentaires, voir la section 2.4.15.)</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Maladie cœliaque diagnostiquée. Si oui, précisez la date de début de la diète sans gluten : _____ <small>année</small> <small>mois</small></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic sérologique (Joindre une copie des résultats qui inclut les valeurs de référence du laboratoire.) Résultat ATG (anti-TTG) : _____ Résultat EMA : _____ Autres résultats : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic histologique (Joindre une copie du rapport de pathologie.) Précisez le résultat de la biopsie : _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>L'enfant est nourri par gavage à domicile. Date de début : _____ <small>année</small> <small>mois</small></p> <p><input type="checkbox"/> TNG <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> TNJ <input type="checkbox"/> Gastro-jéjunostomie <input type="checkbox"/> Jéjunostomie</p> <p><input type="checkbox"/> Sevrage commencé. Date approximative de fin : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année</small> <small>mois</small></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>L'enfant est nourri par nutrition parentérale (hyperalimentation intraveineuse) à domicile. Date de début : _____ Date approximative de fin : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année</small> <small>mois</small> <small>année</small> <small>mois</small></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Iléostomie ou colostomie. Date de début : _____ <small>année</small> <small>mois</small></p> <p>Date approximative de fin : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année</small> <small>mois</small></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>L'enfant a subi une opération pour une malformation ano-rectale ou pour la maladie d'Hirschsprung. (Si comorbidités urinaires associées, remplir également la section 2.4.17.) Type précis de malformation ano-rectale : _____</p> <p>Date de réanastomose, s'il y a lieu : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue <small>année</small> <small>mois</small></p> <p>Pronostic anticipé et prise en charge particulière en ce qui concerne la continence : _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>L'enfant reçoit des lavements intestinaux antégrades par stomie de façon régulière. Fréquence par semaine : _____ Date de début : _____ <small>année</small> <small>mois</small></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>L'enfant a un intestin neurogène et reçoit des lavements intestinaux rétrogrades de façon régulière. Fréquence par semaine : _____ Date de début : _____ <small>année</small> <small>mois</small></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Incontinence fécale. Si oui, précisez (fréquence par semaine, prise en charge, pronostic, cause) : _____</p>

2.6 Pronostic (obligatoire)

Oui	Non	Je ne sais pas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Est-ce qu'une amélioration de la condition de l'enfant est envisagée? Si oui , dans combien de temps approximativement? _____ Précisez pour quels aspects cette amélioration est envisagée:

SECTION 3 Signature des professionnelles et professionnels qui ont rempli le formulaire (obligatoire)

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et qu'ils correspondent au profil actuel de l'enfant.

Nom de famille	Prénom	Profession
Nom du lieu physique où vous suivez l'enfant		Numéro de permis

Signature _____ Date

année	mois	jour

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et qu'ils correspondent au profil actuel de l'enfant.

Nom de famille	Prénom	Profession
Nom du lieu physique où vous suivez l'enfant		Numéro de permis

Signature _____ Date

année	mois	jour



Important

Assurez-vous d'avoir rempli toutes les sections pertinentes de ce formulaire selon la condition de l'enfant.

- **Il est recommandé de remettre au parent une copie de tout document qui contient des renseignements** sur la condition actuelle de l'enfant et son évolution **afin d'accélérer le traitement de la demande**. Retraite Québec contacte au besoin les différents établissements des réseaux de la santé et de l'éducation afin d'obtenir les documents nécessaires qui n'auraient pas été fournis, mais cela retarde le traitement des demandes.
- À noter que les professionnelles et professionnels de Retraite Québec ne sont pas autorisés par la loi à consulter le Dossier santé Québec (DSQ). Les différents types de documents qui peuvent être utiles, selon la condition de l'enfant, sont notamment :
 - les rapports de consultation médicale et les rapports d'évaluation des professionnelles et professionnels;
 - les notes d'évolution ou de suivi (des 12 derniers mois);
 - les résultats de tests ou d'examen;
 - les feuilles sommaires d'hospitalisation et les documents relatifs aux visites à l'urgence.
- **Remettez au parent le formulaire rempli et les documents que vous êtes en mesure de fournir**. Le parent est responsable de nous faire parvenir les formulaires dûment remplis accompagnés des documents pertinents.

Obtenez plus de renseignements sur le supplément pour enfant handicapé :

Par Internet
retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone
Région de Québec : **418 643-3381**
Région de Montréal : **514 864-3873**
Ailleurs au Québec : **1 800 667-9625**

Avis au parent

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier.

Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner ce formulaire et les documents que vous pouvez nous fournir à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 7777, Québec (Québec) G1K 7T4