

Nom, Prénom :	
Sexe :	F M
N.A.M. :	Exp. : (_____)
D.D.N. : (a/m/j)	
No dossier :	

ATTESTATION D'INSUFFISANCE SÉVÈRE AU PLAN CARDIORESPIRATOIRE DANS LE BUT D'OBTENIR UN FAUTEUIL ROULANT MOTORISÉ

Adresse de l'usager : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone travail : _____

La présente atteste que mon patient ci-haut mentionné a une insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire associée à une déficience physique.

Son insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire est celle du groupe B, de la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec et dont la mesure est réalisée lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.

Nom du pneumologue
(en lettres moulées) : _____

Numéro de permis : _____

Téléphone : _____

Date : _____

Signature : _____