



Office municipal d'habitation des Sources

529, rue Chassé app. 3 Val-des-Sources (Québec) J1T 4M4
Téléphone: 819 879-2784 Télécopie: 819 879-5433
info@omhdessources.com

RAPPORT MÉDICAL

Ce rapport doit être retourné à l'OMH des Sources dans les plus brefs délais.

Note importante au médecin traitant:

En conformité avec le règlement d'attribution des logements à loyer modique, l'Office municipal d'habitation des Sources a adopté un règlement permettant de procéder au relogement prioritaire d'un locataire pour des motifs d'urgence ou d'absolue nécessité sur la base que le logement occupé présente une menace pour la santé et/ou la sécurité du locataire ou de l'un des membres de son ménage. Cette attestation dûment complétée permettrat l'étude de la demande en toute équité pour l'ensemble de nos clients. Nous vous remercions de votre collaboration et demeurons disponibles pour des informations supplémentaires.

Note: La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Identification et autorisation du patient

Nom et prénom

Par la présente, j'autorise le médecin à fournir à l'OMH des Sources toute l'information concernant mon état de santé.

Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Signature du client

Condition actuelle du patient

Diagnostic(s) principal(aux) (en lettres MAJUSCULES)	Date de début			
	<table><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour		

Diagnostic(s) secondaire(s) (en lettres MAJUSCULES)	Date de début			
	<table><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour		

Limitations fonctionnelles

☐ Aucune ☐ Temporaires ☐ Prolongées

Pronostic

☐ Amélioration prévue ☐ État stable ☐ Détérioration prévue

Croyez-vous que le fait que la personne demeure dans ce logement représente une menace grave pour sa santé?
Si oui, pourquoi?

Du point de vue santé, un changement de logement vous apparaît-il?

☐ Absolument essentiel ☐ Non-essentiel

Commentaires (Si l'espace est insuffisant, veuillez annexer une note)

Note annexée Oui Non

Identification et signature du médecin

Êtes-vous le médecin traitant de ce patient? Oui Non Si oui, depuis quand? Année

Nom et prénom (en lettres MAJUSCULES)

Signature du médecin	Date			
	<table><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr></table>	Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour		