

## Services de réadaptation à la conduite

<p><b>Centre de réadaptation Stan Cassidy</b></p>  <p>800, rue Priestman Fredericton, N.-B. E3B 0C7 Tél. : 506-447-4214 Télec. : 506-447-4160</p> <p>Langue préférée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Le patient relève de : <input type="checkbox"/> Travail sécuritaire NB <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> La famille ou le patient est au courant de la demande de consultation</p>	<p>Nom du patient : _____</p> <p>Adresse (domicile) : _____ _____</p> <p>Téléphone : (domicile) _____ (cell.) _____</p> <p>N° d'ass.-maladie : _____ Expire le : _____ Date</p> <p>Date de naissance : _____ jj mm aa</p>
---	---

- Évaluation de conduite automobile  
 Évaluation en matière de modification d'un véhicule (pour passagers seulement)  
 Nouvel apprenti conducteur

DATE DU DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC : \_\_\_\_\_

### (Envoyer les documents pertinents)

RAPPORTS :  Résumé de congé  Rapports de consultation  Rapport d'ophtalmologie/optométrie  Rapport d'ergothérapie  
 Rapport de physiothérapie  Rapport de psychologie  Autre : \_\_\_\_\_

**Note** : Avez-vous signalé le cas de votre patient à la Direction des véhicules à moteur du ministère de la Justice et de la Sécurité publique (Téléphone : 506-444-2347, Téléc. 506-462-2136) conformément aux paragraphes 309.1(1) et 309.2(1) de la *Loi sur les véhicules à moteur*.  
**Le Service de réadaptation à la conduite s'occupera d'obtenir un permis temporaire délivré par la Direction des véhicules à moteur pour la tenue de l'évaluation de conduite.**

- Non  
 Oui

Demande formulée par : \_\_\_\_\_  
En lettres détachées Téléphone jj mm aa

Médecin orienteur : \_\_\_\_\_  
Signature Nom en lettres détachées ou timbre de signature jj mm aa

**\*\*\* Les demandes incomplètes seront renvoyées et devront être dûment remplies avant d'être acceptées. \*\*\***