



FORMULAIRE MÉDICAL PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT D'UN CHIEN D'ASSISTANCE

Ce formulaire doit être complété par un professionnel de la santé ou des services sociaux impliqué dans votre suivi depuis au moins six (6) mois.

Un chien d'assistance est spécifiquement entraîné pour pallier le handicap d'un individu, atténuer et réduire les symptômes ainsi que leur impact sur son fonctionnement quotidien. Il ne s'agit en aucun cas d'un chien de soutien émotionnel ni d'un chien de zoothérapie, qui n'ont ni la même formation, ni le même rôle, ni les mêmes droits d'accès aux lieux publics.

Le programme de formation de chiens d'assistance de Bienfaits Canins a pour objectif d'accompagner chaque équipe humain-chien tout au long du processus d'entraînement, afin de permettre à la personne vivant avec un handicap de retrouver une routine de vie plus stable et équilibrée grâce au soutien concret de son chien d'assistance.

Ce programme s'adresse aux personnes ayant un handicap psychologique, un trouble neurodéveloppemental ou toute autre condition médicale reconnue comme admissible dans notre champ d'expertise.

Il a pour particularité d'encadrer les bénéficiaires dans l'éducation de leur propre chien, plutôt que de remettre un chien déjà formé.

Notre approche favorise l'autonomie progressive, la constance et le lien de confiance entre le bénéficiaire et son chien, tout en complétant les traitements et suivis déjà en place.

La collaboration de votre équipe traitante est essentielle afin d'évaluer les besoins réels, de valider l'admissibilité et de soutenir l'efficacité de l'entraînement.

** Vous trouverez en annexe un document explicatif présentant les différents types de chiens, leur rôle et leur utilité respective.*

PARTIE 1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Prénom	
Nom	



PARTIE 2

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ / SERVICES SOCIAUX

Nom complet du professionnel :

Titre / Spécialité :

Numéro de License / permis (si applicable) :

Téléphone de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

Date du début du suivi avec le demandeur :

Fréquence du suivi avec le demandeur :

PARTIE 3

HANDICAP, CONDITION MÉDICALE ET SYMPTÔMES

Merci d'indiquer la condition médicale ou le handicap justifiant la recommandation d'un chien d'assistance, ainsi que tout autre diagnostic jugé pertinent à l'évaluation de cette demande.

Handicap / Condition médicale	Diagnostic établi depuis (MM/AAAA)
☐ Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	
☐ Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	
☐ Autre :	
☐ Autre :	

Symptômes observés

Cochez tous ceux qui s'appliquent au demandeur

☐ Hypersensibilité sensorielle (sons, lumières, textures, odeurs)	☐ Hyposensibilité sensorielle
☐ Comportements répétitifs ou stéréotypés (Stimming,	☐ Difficulté avec les changements de routine ou transitions



balancements, battements de mains, etc.)	
☐ Difficulté à décoder les émotions d'autrui	☐ Anxiété sociale ou difficulté en interaction sociale
☐ Mutisme sélectif ou mutisme	☐ Difficulté avec la gestion des émotions
☐ Hypervigilance	☐ Reviviscences (flashbacks, souvenirs envahissants)
☐ Cauchemars	☐ Évitement de certains lieux, situations ou personnes
☐ Attaques de panique	☐ Isolement social
☐ Anxiété généralisée	☐ Difficulté de concentration
☐ Troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie)	☐ Irritabilité ou colère fréquente
☐ Épisodes dissociatifs	☐ Hypersensibilité aux bruits forts ou mouvements soudains
☐ Troubles de l'humeur (dépression, tristesse marquée)	☐ Tics moteurs ou verbaux
☐ Troubles de l'humeur (dépression, tristesse marquée)	☐ Fatigue importante
☐ Autre :	
☐ Autre :	
☐ Autre :	

Au regard des informations cliniques fournies ci-dessus, estimez-vous que le demandeur ait la capacité de s'occuper d'un chien de manière autonome ?

☐ Oui ☐ Non

PARTIE 4

RECOMMANDATION DU CHIEN D'ASSISTANCE

Considérant qu'un chien d'assistance est spécifiquement entraîné pour pallier un handicap ou une condition médicale sévère et persistante, estimez-vous pertinent que le demandeur bénéficie de cet accompagnement complémentaire afin de favoriser son autonomie et de réduire l'impact de ses symptômes au quotidien ?

☐ Oui ☐ Non



PARTIE 5

AUTORISATION DE COMMUNICATION & SIGNATURE

Le demandeur autorise Bienfaits Canins à communiquer directement avec vous, à titre de professionnel de la santé ou des services sociaux, afin de valider ou d'obtenir toute information supplémentaire nécessaire à l'analyse de la demande d'entraînement d'un chien d'assistance.

- ☐ J'autorise Bienfaits Canins à communiquer avec moi pour toute question ou précision liée à cette demande.
- ☐ Je refuse que Bienfaits Canins communique avec moi pour toute question ou précision liée à cette demande.

Si nécessaire, veuillez joindre tout rapport ou document médical pertinent à l'appui de cette demande

Je déclare avoir rempli ce formulaire, en tant que professionnel de la santé ou des services sociaux, et j'atteste que les informations inscrites sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance

Signature du professionnel : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____

À remplir par l'équipe Bienfaits Canins

Accusé de réception par Bienfaits Canins en date du :

_____ (JJ/MM/AAAA)



ANNEXE 1
INFORMATION PERTINENTE CHIEN D'ASSISTANCE

<u>Type de chien</u>	<u>Formation spécifique</u>	<u>Rôle du chien</u>	<u>Accès légal aux lieux publics</u>
Chien d'assistance	Oui (tâches précises pour pallier un handicap)	Pallier un handicap, stabiliser la condition	Accès complet Protégé par la Charte
Chien de soutien émotionnel	Aucune	Réconfort par sa simple présence	Non reconnu légalement pour accès public
Chien partenaire d'intervention en zoothérapie	Oui, sélectionné et entraîné pour intervenir	Accompagner un intervenant en zoothérapie	Accès limité dans les lieux publics uniquement dans le cadre de ses interventions