

**Programme d'évaluation, de développement  
et d'intégration professionnelle (PÉDIP)**

**DEMANDE DE SERVICE**

- SOUS-PROGRAMME :**  **Intégration** (Réadaptation en vue d'un retour au travail)  
Titre d'emploi: \_\_\_\_\_ Lien d'emploi:  oui  non  
Date prévue du retour au travail: \_\_\_\_\_
- Activation** (douleur chronique)
- Évaluation**
- évaluation globale des capacités de travail
  - évaluation des capacités de travail à l'emploi de: \_\_\_\_\_
  - analyse de poste

**IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N.A.M.: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone: (    ) \_\_\_\_\_ Date de l'accident: \_\_\_\_\_  
Diagnostic (s) / Problématique (s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AGENT PAYEUR**

SAAQ\*    CSST\*    Assurance privée    Sans agent payeur (lavallois uniquement)

\* # de réclamation: \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** (ex.: date client prêt, nom de l'AGI,...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RÉFÉRENCE**

Référé par: \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ No. téléphone: (    ) \_\_\_\_\_

**Envoyer votre demande à l'attention de PÉDIP par télécopieur au (450) 688-4493**

**Note : Veuillez S.V.P. joindre le dossier médical et toutes autres informations pertinentes à la demande de service (ex. : coordonnées de l'employeur)**

**Pour plus d'information, contactez-nous au 450-688-9550 poste 4435.**