



Nom et prénom de la personne accidentée

Date de l'accident  
Année      Mois      Jour

Numéro de la réclamation

Cette évaluation couvre la période du

Année      Mois      Jour

Année      Mois      Jour

 Période indéterminée

Dates de l'évaluation :

Lieu de l'évaluation :

SECTION 1 – PROFIL FONCTIONNEL PRÉACCIDENTEL (remplir seulement à la 1<sup>re</sup> évaluation)

Déficiences/Antécédents personnels

 Aucun

Incapacités/Limitations fonctionnelles antérieures

 AucuneDominance manuelle :  Droite  GaucheY avait-il des services à domicile en place **avant** l'accident?  Oui  Non  
Si oui, lesquels? (aide au bain, à l'entretien ménager, à la lessive, service de repas, livraison, etc.)Y avait-il des aides techniques, orthèses ou prothèses utilisées?  Oui  Non  
Si oui, lesquelles? (canne, marchette, banc de transfert, barres d'appui, genouillère, etc.)La personne conduisait-elle?  Oui  Non

Moyens de transport habituels :

Dans les **mois précédent** l'accident, quelles étaient les activités que la personne réalisait couramment dans les sphères suivantes?

PRODUCTIVITÉ (études, travail, bénévolat)	LOISIRS SÉDENTAIRES (lecture, Internet, tricot, etc.)	LOISIRS ACTIFS/SPORTS (marche, vélo, quilles, etc.)

## SECTION 2 – PROFIL FONCTIONNEL POUR LA PÉRIODE COUVERTE PAR L'ÉVALUATION

Diagnostics en relation avec l'accident

Incapacités/Limitations qui en découlent

Dates de sorties temporaires ou date de sortie définitive pour la période :

Lieu de résidence pendant la période évaluée :  Habite à son domicile  Autre :

Décrivez les barrières architecturales à ce lieu de résidence :

Énumérez les équipements et aides techniques disponibles et utilisés au lieu de résidence.

Pour chacun, spécifiez la date de début d'utilisation fonctionnelle de l'aide ou de son abandon si cela a eu lieu pendant la période évaluée.

Y a-t-il des restrictions fonctionnelles émises par le médecin et en vigueur pendant la période évaluée?  Oui  Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Est-ce que l'aide requise pour la réalisation de certaines activités de la grille est offerte par le CLSC, l'hôpital ou le centre de réadaptation?  Oui  Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Pour la période évaluée, quelles sont les activités que la personne réalise couramment dans les sphères suivantes?

PRODUCTIVITÉ (études, travail, bénévolat)	LOISIRS SÉDENTAIRES (lecture, Internet, tricot, etc.)	LOISIRS ACTIFS/SPORTS (marche, vélo, quilles, etc.)



## SECTION 3 – ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

**NOTE:** L'évaluation doit tenir compte des besoins de la personne qui découlent des blessures liées à l'accident. Si une condition intercurrente affecte le niveau d'autonomie dans l'exécution d'une activité, veuillez en préciser l'impact de manière distincte. Vous pouvez référer la personne à son agent d'indemnisation si d'autres besoins sont rapportés.

Selectionnez la cote qui correspond le mieux au niveau d'autonomie de la personne accidentée pour chacune des activités et précisez votre évaluation au besoin. Cochez la case « OBSERVÉ » si vous-même ou un membre de l'équipe traitante avez pu observer la tâche.

## COTATION DU NIVEAU D'AUTONOMIE

a : autonome	ss : surveillance/supervision	0 : ne faisait pas partie des habitudes de vie
ad : autonome avec difficulté	v : avec consigne verbale	ou était dépendant avant le fait accidentel
at : autonome avec aide technique	p : avec aide physique	n/e: non évalué
	d : totalement dépendant	so : sans objet

Description du besoin d'aide (inscrire les précisions et les justifications)

COTE    OBSERVÉ

## Activités personnelles

## 1. Hygiène personnelle

Faire le transfert (bain ou douche) :

Laver le haut du corps :

Laver le bas du corps :

Laver les cheveux :

Hygiène buccale :

Soins d'apparence:  raser  maquiller  coiffer  soins des ongles  épiler

Autres précisions (ex. : préparer le matériel, etc.) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Habillement et déshabillage

Vêtir/dévêtir le haut du corps :

Vêtir/dévêtir le bas du corps :

Vêtements requis pour l'extérieur :

Autres précisions (ex. : choisir et sortir les vêtements) :

\_\_\_\_\_

## 3. Prise des repas

Note : Cette activité s'effectue à partir de la table.

Se servir à boire :

Couper les aliments :

Assaisonner :

Porter les aliments à la bouche :

Utiliser :  tube nasogastrique  gastrostomie

Veuillez décrire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Élimination vésicale et intestinale

## 4. Utilisation des toilettes

S'asseoir/se relever :

Cochez la méthode la plus fréquemment utilisée :

toilette  chaise d'aisance  
 urinal  bassin

S'essuyer :

Mettre en place les vêtements :

Veuillez décrire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Hygiène menstruelle

Mettre en place la protection :

Nettoyer les parties génitales :

## 6. Usage de culottes hygiéniques

Mettre/enlever la culotte :

Assurer l'hygiène :

Mettre en place les vêtements :

Faire le transfert au lit (si nécessaire) :

## Vidange de la vessie

Inclut la manipulation et l'entretien du matériel; assurer l'hygiène; mettre en place les vêtements et faire le transfert au besoin.

Cocher la méthode utilisée :

7.  sac collé à la peau (vessie iléale)
8.  cathétérisme
9.  sonde permanente (et sac collecteur)
10.  condom (et sac collecteur)
11.  condom et aide par tapotement

Veuillez décrire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

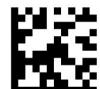
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Description du besoin d'aide (inscrire les précisions et les justifications)		COTE	OBSERVÉ
<b>Élimination vésicale et intestinale (suite)</b>			
<b>Vidange de l'intestin</b> Inclut la manipulation et l'entretien du matériel; assurer l'hygiène; mettre en place les vêtements et faire le transfert au besoin. Cocher la méthode utilisée: 12. <input type="checkbox"/> par colostomie ou iléostomie 13. <input type="checkbox"/> par lavement, suppositoire ou stimulation anale	Veuillez décrire:     		<input type="checkbox"/>
<b>14 Irrigation vésicale</b> Inclut la manipulation et l'entretien du matériel; assurer l'hygiène.	Fréquence de l'activité: _____ Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>Soins de santé</b>			
<b>15. Prise de médication</b> Préparer, prendre ou appliquer les médicaments (pilules, onguents, gouttes, pansements, injections).	Durée approximative consacrée à cette activité: _____ minutes/jour Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>16. Soins de trachéotomie et aspirations</b> Entretenir la trachéotomie et aspirer les sécrétions.	Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>17. Drainage postural avec percussion (<i>clapping</i>), pressions thoraciques.</b> Appliquer les techniques de dégagement des voies respiratoires lors des périodes d'infection.	Ce besoin est présent : _____ mois/année Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>18. Soins préventifs de la peau</b> Effectuer les soins quotidiens de la peau dans le but de prévenir les plaies de pression; repositionnement et examen régulier de la peau.	Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>19. Programme spécialisé à domicile</b> Exécuter un programme d'exercices délégué et prescrit par un professionnel de la santé et faisant l'objet d'un contrôle par celui-ci. N.B.: Le programme doit avoir pour but de traiter les blessures liées à l'accident ou d'éviter une ankylose médicalement prévisible.	Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>20. Autres soins de santé</b> Exécuter d'autres soins de santé que ceux spécifiquement prévus à la grille et prescrits médicalement.	Durée approximative consacrée à cette activité: _____ minutes/jour Veuillez décrire:    		<input type="checkbox"/>
<b>21. Mise en place de prothèses ou d'orthèses</b> Besoin d'aide pour mettre ou enlever : <input type="checkbox"/> corset <input type="checkbox"/> collier cervical <input type="checkbox"/> prothèse <input type="checkbox"/> attelle/orthèse <input type="checkbox"/> vêtement compressif <input type="checkbox"/> autre: _____	Veuillez décrire:     		<input type="checkbox"/>



		Description du besoin d'aide (inscrire les précisions et les justifications)	COTE	OBSERVÉ
<b>Soins de santé (suite)</b>				
<b>22. Entretien d'un équipement spécialisé</b> Nettoyer ou entretenir un équipement spécialisé, tel un fauteuil roulant, une orthèse ou une aide compensatoire.  N.B.: L'entretien du matériel nécessaire à l'élimination vésicale ou intestinale avec un dispositif particulier est inclus dans les activités 7 à 13.	Fréquence de l'activité: _____ fois/semaine  Veuillez décrire:  _____ _____ _____		<input type="checkbox"/>	
<b>Déplacements</b>				
<b>23. Lever et coucher</b>	Faire le transfert au lit (entrer/sortir):  S'installer au lit pour la nuit :  Autres précisions (ex. : être encadré pour le cycle « veille/sommeil »):  _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>24. Utilisation des commodités du logis</b> Inclut les commodités autres que celles requises pour l'exécution des activités spécifiquement prévues à la grille.	Circuler à l'intérieur du domicile:  Entrer et sortir du domicile:  Ouvrir et fermer les portes, les fenêtres:  Utiliser le téléphone, la télévision, la radio et les interrupteurs:  Utiliser le mobilier:  Veuillez décrire :  _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>25. Montée et descente d'un moyen de transport</b> L'aide requise pour les services de santé en relation avec l'accident est exclue.	Entrer et s'installer dans un véhicule :  Sortir du véhicule :  Entrer et sortir le fauteuil roulant ou l'aide à la marche :  Veuillez décrire :  _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>26. Utilisation d'unlève-personne ou nécessité de deux personnes pour exécuter les transferts</b>	Veuillez décrire:  _____ _____			<input type="checkbox"/>
<b>Activités domestiques : NOTEZ QUE SEULS LES BESOINS DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS</b>				
<b>27. Préparation de repas simples</b> Planifier et préparer deux repas par jour consistant en des aliments simples, des plats réchauffés ou nécessitant peu de préparation (généralement déjeuner et dîner).	Veuillez décrire:  _____ _____ _____ _____			<input type="checkbox"/>
<b>28. Préparation d'un repas complexe</b> Planifier et préparer un repas par jour nécessitant plusieurs étapes de réalisation (généralement le souper).	Veuillez décrire:  _____ _____ _____ _____			<input type="checkbox"/>
<b>29. Entretien quotidien</b>	Laver la vaisselle (à la main ou remplir/vider le lave-vaisselle):  Essuyer les comptoirs, la table, la surface de cuisson:  Nettoyer l'évier:  Ranger :  Faire le lit :  Balayer:  Veuillez décrire :  _____ _____ _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## Description du besoin d'aide (inscrire les précisions et les justifications)

COTE

OBSERVÉ

## Activités domestiques : NOTEZ QUE SEULS LES BESOINS DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS (suite)

30. Ménage hebdomadaire	Épousseter:	<input type="checkbox"/>
	Passer l'aspirateur:	<input type="checkbox"/>
	Nettoyer les équipements de la salle de bain et appareils ménagers :	<input type="checkbox"/>
	Laver les planchers:	<input type="checkbox"/>
	Sortir les ordures ménagères :	<input type="checkbox"/>
	Faire le ménage annuel (murs, plafonds, armoires, tapis, fenêtres, rideaux, etc.) :	<input type="checkbox"/>
	Veuillez décrire :	
31. Entretien du linge et des vêtements	Laver:	<input type="checkbox"/>
	Faire sécher:	<input type="checkbox"/>
	Repasser:	<input type="checkbox"/>
	Plier :	<input type="checkbox"/>
	Transporter et ranger:	<input type="checkbox"/>
	Veuillez décrire :	
32. Consommation de biens et services <small>Aller à la pharmacie, à l'épicerie, chez le coiffeur, au restaurant, etc.; Sont exclues les sorties liées aux services de santé en relation avec l'accident.</small>	Planifier les achats:	<input type="checkbox"/>
	Réaliser les achats (choisir et payer):	<input type="checkbox"/>
	Utiliser les services publics et de transport:	<input type="checkbox"/>
	Nommez le moyen de transport → le plus fréquemment utilisé	<input type="checkbox"/>
	Prendre les rendez-vous :	<input type="checkbox"/>
	Autres précisions (ex. : transport des achats, etc.) :	
	Veuillez décrire :	
33. Gestion du budget	Veuillez décrire :	
<b>Autres activités</b>		
Aide physique ou verbale nécessaire pour assurer la sécurité et le maintien de l'intégrité de la personne ou de son entourage pendant les heures de veille et de sommeil. L'absence de service se traduirait par une détérioration physique ou psychique de la personne.	<b>34. Occupations libres</b> (temps d'éveil non occupé aux activités de la grille):	
	<input type="checkbox"/> peut rester seule pour: _____ (minutes ou heures)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ne peut pas rester seule	
<input type="checkbox"/> besoin d'une aide supplémentaire non spécialisée pour les travaux scolaires à domicile		
	<b>35. Sommeil</b> (pendant la nuit):	
	<input type="checkbox"/> besoin d'être tourné: _____ fois/nuit	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> besoin de surveillance pour: _____	

Pour les activités 34 et 35, veuillez décrire les **situations récentes** et la **fréquence** à laquelle la personne s'est trouvée à risque pour justifier le besoin d'aide ou de surveillance. Au besoin, décrire une journée type de la personne accidentée et la joindre en annexe.

→ Important: En l'absence de cette information, l'analyse en sera compromise.

Est-ce que l'entraînement, l'utilisation d'autres aides techniques ou stratégies compensatoires augmenteraient l'autonomie de la personne évaluée?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui, lesquelles: _____	

Signature de l'ergothérapeute	Numéro de permis	Date	Année	Mois	Jour

## TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT:

Service en ligne Envoi de documents: [saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.gouv.qc.ca)

Télécopieur: 1 866 289-7952

Poste: Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.