



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

au

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

☐ Aucune

Dominance manuelle : ☐ Droite ☐ Gauche

Y 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 précédant 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.)

Société de l'assurance automobile du Québec

PH

7012 30 (2016-05)

Page 1 de 5

Nom et prénom de la personne accidentée

Numéro de la réclamation



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.

Sélectionnez 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  
ad : autonome avec difficulté  
at : autonome avec aide technique

ss : surveillance/supervision  
v : avec consigne verbale  
p : avec aide physique  
d : totalement dépendant

0 : ne faisait pas partie des habitudes de vie ou était dépendant avant le fait accidentel  
n/e: non évalué  
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) :		<input type="checkbox"/>
	Laver le haut du corps :		<input type="checkbox"/>
	Laver le bas du corps :		<input type="checkbox"/>
	Laver les cheveux :		<input type="checkbox"/>
	Hygiène buccale :		<input type="checkbox"/>
	Soins d'apparence: <input type="checkbox"/> raser <input type="checkbox"/> maquiller <input type="checkbox"/> coiffer <input type="checkbox"/> soins des ongles <input type="checkbox"/> épiler		<input type="checkbox"/>
	Autres précisions (ex. : préparer le matériel, etc.) :		<input type="checkbox"/>
2. Habillage et déshabillage	Vêtir/dévêtir le haut du corps :		<input type="checkbox"/>
	Vêtir/dévêtir le bas du corps :		<input type="checkbox"/>
	Vêtements requis pour l'extérieur :		<input type="checkbox"/>
	Autres précisions (ex. : choisir et sortir les vêtements) :		<input type="checkbox"/>
3. Prise des repas	Se servir à boire :		<input type="checkbox"/>
	Couper les aliments :		<input type="checkbox"/>
	Assaisonner :		<input type="checkbox"/>
	Porter les aliments à la bouche :		<input type="checkbox"/>
	Utiliser : <input type="checkbox"/> tube nasogastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie		<input type="checkbox"/>
	Veillez décrire :		
Élimination vésicale et intestinale			
4. Utilisation des toilettes	S'asseoir/se relever :		<input type="checkbox"/>
	S'essuyer :		<input type="checkbox"/>
	Mettre en place les vêtements :		<input type="checkbox"/>
	Veillez décrire :		
5. Hygiène menstruelle	Mettre en place la protection :		<input type="checkbox"/>
	Nettoyer les parties génitales :		<input type="checkbox"/>
6. Usage de culottes hygiéniques	Mettre/enlever la culotte :		<input type="checkbox"/>
	Assurer l'hygiène :		<input type="checkbox"/>
	Mettre en place les vêtements :		<input type="checkbox"/>
	Faire le transfert au lit (si nécessaire) :		<input type="checkbox"/>
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:	Veillez décrire:		<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> sac collé à la peau (vessie iléale)			
8. <input type="checkbox"/> cathétérisme			
9. <input type="checkbox"/> sonde permanente (et sac collecteur)			
10. <input type="checkbox"/> condom (et sac collecteur)			
11. <input type="checkbox"/> condom et aide par tapotement			

Nom et prénom de la personne accidentée

Numéro de la réclamation



	Description du besoin d'aide (inscrire les précisions et les justifications)	COTE	OBSERVÉ
Élimination vésicale et intestinale (suite)			
<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 : <b>12.</b> <input type="checkbox"/> par colostomie ou iléostomie <b>13.</b> <input type="checkbox"/> par lavement, suppositoire ou stimulation anale	<div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<input type="checkbox"/>
<b>14 Irrigation vésicale</b> Inclut la manipulation et l'entretien du matériel; assurer l'hygiène.	<div>Fréquence de l'activité : _____</div> <div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<input type="checkbox"/>
Soins de santé			
<b>15. Prise de médication</b> Préparer, prendre ou appliquer les médicaments (pilules, onguents, gouttes, pansements, injections).	<div>Durée approximative consacrée à cette activité : _____ minutes/jour</div> <div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<input type="checkbox"/>
<b>16. Soins de trachéotomie et aspirations</b> Entretenir la trachéotomie et aspirer les sécrétions.	<div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<input type="checkbox"/>
<b>17. Drainage postural avec percussion (clapping), pressions thoraciques.</b> Appliquer les techniques de dégagement des voies respiratoires lors des périodes d'infection.	<div>Ce besoin est présent : _____ mois/année</div> <div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<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.	<div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<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.	<div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<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.	<div>Durée approximative consacrée à cette activité : _____ minutes/jour</div> <div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div>		<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 : _____	<div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<input type="checkbox"/>

Nom et prénom de la personne accidentée

Numéro de la réclamation



	Description du besoin d'aide (inscrire les précisions et les justifications)	COTE	OBSERVÉ
Soins de santé (suite)			
<div><div>22. Entretien d'un équipement spécialisé</div><div>Nettoyer ou entretenir un équipement spécialisé, tel un fauteuil roulant, une orthèse ou une aide compensatoire.</div><div>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.</div></div>	<div>Fréquence de l'activité : _____ fois/semaine</div> <div>Veuillez décrire :</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<div></div>
Déplacements			
23. Lever et coucher	Faire le transfert au lit (entrer/sortir) :		<div></div>
	S'installer au lit pour la nuit :		<div></div>
	Autres précisions (ex. : être encadré pour le cycle « veille/sommeil ») :		<div></div>
24. Utilisation des commodités du logis	Circuler à l'intérieur du domicile :		<div></div>
	Entrer et sortir du domicile :		<div></div>
	Ouvrir et fermer les portes, les fenêtres :		<div></div>
	Utiliser le téléphone, la télévision, la radio et les interrupteurs :		<div></div>
	Utiliser le mobilier :		<div></div>
	Veuillez décrire :		
25. Montée et descente d'un moyen de transport	Entrer et s'installer dans un véhicule :		<div></div>
	Sortir du véhicule :		<div></div>
	Entrer et sortir le fauteuil roulant ou l'aide à la marche :		<div></div>
	Veuillez décrire :		
26. Utilisation d'un lève-personne ou nécessité de deux personnes pour exécuter les transferts	Veuillez décrire :		<div></div>
Activités domestiques : NOTEZ QUE SEULS LES BESOINS DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS			
27. Préparation de repas simples	Veuillez décrire :		<div></div>
28. Préparation d'un repas complexe	Veuillez décrire :		<div></div>
29. Entretien quotidien	Laver la vaisselle (à la main ou remplir/vider le lave-vaisselle) :		<div></div>
	Essuyer les comptoirs, la table, la surface de cuisson :		<div></div>
	Nettoyer l'évier :		<div></div>
	Ranger :		<div></div>
	Faire le lit :		<div></div>
	Balayer :		<div></div>
	Veuillez décrire :		

Nom et prénom de la personne accidentée

Numéro de la réclamation



	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 Aller à la pharmacie, à l'épicerie, chez le coiffeur, au restaurant, etc.; <b>Sont exclues les sorties liées aux services de santé en relation avec l'accident.</b>	Planifier les achats :		<input type="checkbox"/>	
	Réaliser les achats (choisir et payer) :		<input type="checkbox"/>	
	Utiliser les services publics et de transport : 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.) : _____ _____ _____			
	33. Gestion du budget Planifier et exécuter les activités liées à la gestion de ses finances personnelles ainsi qu'au contrôle de ses revenus et de ses dépenses.	Veuillez décrire : _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Autres activités				
Aide physique ou verbale nécessaire pour <b>assurer la sécurité et le maintien de l'intégrité de la personne</b> 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.	34. Occupations libres (temps d'éveil <b>non occupé aux activités</b> de la grille) : <input type="checkbox"/> peut rester seule pour : _____ (minutes ou heures) <input type="checkbox"/> ne peut pas rester seule <input type="checkbox"/> besoin d'une aide supplémentaire non spécialisée pour les travaux scolaires à domicile			<input type="checkbox"/>
	35. Sommeil (pendant la nuit) : <input type="checkbox"/> besoin d'être tourné : _____ fois/nuit <input type="checkbox"/> besoin de surveillance pour : _____			<input type="checkbox"/>
Pour les activités 34 et 35, veuillez décrire les <b>situations récentes</b> et la <b>fréquence</b> 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](https://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.