

Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile – Section 1

Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Année <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mois <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Jour Date d'évaluation	Année <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mois <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Jour Date du rapport	Année <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mois <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Jour Date de l'accident	Année <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Mois <input style="width: 10px; height: 10px; border: none; border-bottom: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> Jour Numéro de réclamation
--	--	---	--

Rapport inspiré du modèle du Processus de production du handicap (PPH).

Renseignements sur le client ou la cliente qui demande l'adaptation

Nom		Prénom		Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse	Numéro	Rue					
Ville, village ou municipalité		Province		Code postal	Téléphone		Poste
Conseiller ou conseillère en services aux accidentés							
<input type="checkbox"/> Le client ou la cliente qui demande l'adaptation a préalablement consenti à l'évaluation.							

Contexte et motif de consultation

Le client ou la cliente qui fait la demande est dirigé(e) au :	
Nom de l'établissement	
La demande est envoyée par :	
Nom, prénom et fonction	
Date (Année-Mois-Jour)	
Assignation en ergothérapie	
Dossier assigné par :	
Nom, prénom et fonction	
Date (Année-Mois-Jour)	
Motif initial de la demande de service	
Attentes du client ou de la cliente qui fait la demande	

1 Facteurs personnels

Renseignements médicaux (diagnostic principal lié à la demande, diagnostics secondaires, facteurs aggravants)

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Entrevue avec des personnes significatives

Rapports : 1) _____
Titre _____ Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel
2) _____
Titre _____ Date (Année-Mois-Jour)

Lecture du dossier : _____
Sources _____ Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Année
Mois
Jour
Date de l'accident
Numéro de réclamation

1 Facteurs personnels – suite

Renseignements médicaux (diagnostic principal lié à la demande, diagnostics secondaires, facteurs aggravants) – suite

Diagnostic principal

Problèmes de santé associés et antécédents

Condition de la peau (plaie, rougeur, oedème, écoulement, etc.)

Indications ou contre-indications médicales

Le suivi médical est terminé : Oui Non; précisez ci-dessous.

Sexe : Homme Femme Âge : _____ ans Taille : _____ Poids : _____

2 Facteurs environnementaux

Environnement social et culturel (état matrimonial, autres occupants du domicile : nombre, relation, emploi du temps, âge)

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Entrevue avec des personnes significatives

Rapports : 1) _____
Titre _____ Date (Année-Mois-Jour) _____

Nom et prénom du professionnel
2) _____
Titre _____ Date (Année-Mois-Jour) _____

Lecture du dossier : _____
Sources _____ Date (Année-Mois-Jour) _____

Nom et prénom du professionnel

État matrimonial : Célibataire Marié(e) Conjoint(e) de fait Divorcé(e) Veuf (veuve)

Autres occupants du domicile (nombre, relation, emploi du temps, âge)

Année
Mois
Jour

Date de l'accident
Numéro de réclamation

2 Facteurs environnementaux – suite

Environnement social et culturel (état matrimonial, autres occupants du domicile : nombre, relation, emploi du temps, âge) – suite

Présence d'un réseau d'aidants naturels Oui; précisez ci-dessous. Non

Description et commentaires (âge, état de santé [ex. : épuisement], disponibilité, perception, attentes, etc.)

Ressources communautaires, publiques et privées Oui; précisez ci-dessous. Non

Description et commentaires (bénévoles, associations, transport adapté, soins à domicile, CLSC, aide personnelle, etc.)

Rapports sociaux et dynamique familiale et sociale

(répartition des tâches familiales, motivation, valeurs de la personne par rapport à sa condition et aux activités essentielles de la vie à domicile)

Environnement physique du domicile

Sources d'information

Observations Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Entrevue avec des personnes significatives

Lecture du dossier :

Sources

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Présentation globale de l'environnement résidentiel (milieu rural ou urbain, particularité du terrain, type d'habitation, nombre d'étages)

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

2 Facteurs environnementaux – suite

Environnement physique du domicile – suite

Description sommaire de l'intérieur du domicile (pièces essentielles)

Description sommaire des autres pièces du domicile

Description sommaire de l'extérieur du domicile (aire de stationnement, terrasse, cour)

Actuellement, des aménagements ou des adaptations temporaires sont en place : Oui; précisez ci-dessous. Non

Énumération des aménagements et des adaptations temporaires

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

3 Bilan des capacités

Capacités liées aux activités motrices

Capacités liées aux mouvements et au maintien de positions corporelles

Sources d'information

Bilan articulaire Bilan musculaire et dynamométrie Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande

Évaluation fonctionnelle de l'équilibre statique et dynamique debout et assis Évaluations standardisées

Mises en situation fonctionnelles Tests de coordination

Rapport :

Titre

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Lecture du dossier :

Sources

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Dominance Droite Gauche

Observations générales (œdème, déviation, etc.)

Équilibre assis (avec ou sans support)

Équilibre debout (statique, dynamique, unipodal)

Amplitudes articulaires, force et tonus

Membres supérieurs

Mobilité fonctionnelle des membres supérieurs	Droite	Gauche	Légende
1. Lever les bras devant (flexion)			N : Aucune atteinte/dans les normes
2. Toucher la nuque (flexion-abduction-rotation externe)			L : Atteinte légère
3. Toucher l'épaule opposée (adduction)			M : Atteinte modérée
4. Toucher les omoplates (extension-adduction-rotation interne)			G : Atteinte grave
5. Atteindre un objet à bout de bras (flexion de l'épaule-extension du coude)			A : Amputation
6. Toucher les épaules (flexion du coude)			N/E : Non évalué
7. Faire le poing (fermeture de la main)			S. O. : Sans objet
8. Saluer de la main (extension des poignets)			
9. Opposition des doigts			

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

3 Bilan des capacités – suite

Amplitudes articulaires, force et tonus – suite

Membres supérieurs – suite

Force musculaire des membres supérieurs		Droite	Gauche
Épaule	Flexion		
	Extension		
	Abduction		
	Adduction		
Coude	Flexion		
	Extension		
Poignet	Flexion		
	Extension		

Cotation de la force musculaire selon le *Medical Research Council*

Légende :

- 0 = Aucune contraction
- 1 = Contraction visible n'entraînant aucun mouvement
- 2 = Contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur
- 3 = Contraction permettant le mouvement contre la pesanteur
- 4 = Contraction permettant le mouvement contre la résistance
- 5 = Force musculaire normale

Tonus et coordination des membres supérieurs, autres observations et commentaires

Activités manuelles (force de préhension, dextérité fine et globale, coordination)

Membres inférieurs

Mobilité fonctionnelle des membres inférieurs		Droite	Gauche	Légende
10. Talon au genou opposé (flexion-rotation externe de la hanche)				N : Aucune atteinte/dans les normes
11. Coup de pied (extension du genou)				L : Atteinte légère M : Atteinte modérée
12. Talon/pointe (flexion-extension de la cheville)				G : Atteinte grave A : Amputation
13. Lever le genou (flexion de la hanche)				N/E : Non évalué S. O. : Sans objet

Cotation de la force musculaire selon le *Medical Research Council*

Légende :

- 0 = Aucune contraction
- 1 = Contraction visible n'entraînant aucun mouvement
- 2 = Contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur
- 3 = Contraction permettant le mouvement contre la pesanteur
- 4 = Contraction permettant le mouvement contre la résistance
- 5 = Force musculaire normale

Année
Mois
Jour

Date de l'accident
Numéro de réclamation

3 Bilan des capacités – suite

Amplitudes articulaires, force et tonus – suite

Membres inférieurs – suite

Tonus et coordination des membres inférieurs, autres observations et commentaires

Tronc et cou

Mobilité fonctionnelle du tronc et du cou	Droite	Gauche
14. Aller chercher un objet au sol (flexion du tronc)		
15. Regarder derrière soi (tourner la tête)		

Légende

N : Aucune atteinte/dans les normes	L : Atteinte légère
M : Atteinte modérée	G : Atteinte grave
A : Amputation	N/E : Non évalué
	S. O. : Sans objet

Force musculaire, tonus du tronc et du cou, autres observations et commentaires

Capacités liées aux sens et à la perception

Capacités liées à la réception et à l'interprétation d'information sur les éléments provenant de l'environnement ou de son corps

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Mises en situation fonctionnelles Évaluations standardisées

Rapport :

Titre

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Lecture du dossier :

Sources

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Vision :

Audition, odorat, goût :

Sensibilité (superficielle, profonde, température, douleur)

Douleur (emplacement, type, durée, fréquence, intensité, évolution, etc.)

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

3 Bilan des capacités – suite

Capacités liées à la protection et à la résistance

Capacités liées à la protection ou à la résistance à une contrainte, à un effort ou à un facteur de l'environnement

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Mises en situation fonctionnelles Évaluations standardisées

Rapport :

Titre Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Lecture du dossier :

Sources Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Tolérance en position assise et debout

Adoption et maintien des postures

Tolérance à l'effort – À décrire dans la section « Habitudes de vie »

Capacités intellectuelles

Capacités liées à la conception et à l'organisation des idées, des notions et des représentations ainsi qu'à leur utilisation

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Mises en situation fonctionnelles Évaluations standardisées

Rapports :

1) Titre Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

2) Titre Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Lecture du dossier :

Sources Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Précisions

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

3 Bilan des capacités – suite

Appréciation globale du comportement et de l'affect

Capacités liées à la volonté, à l'affectivité et à la manière d'agir

Sources d'information

- Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Mises en situation fonctionnelles Évaluations standardisées
- Rapports : 1) _____
Titre _____
Nom et prénom du professionnel _____
2) _____
Titre _____
Nom et prénom du professionnel _____
- Lecture du dossier : _____
Sources _____
Nom et prénom du professionnel _____

Précisions

4 Habitudes de vie

Bilan fonctionnel

Sources d'information

- Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Entrevue avec des personnes significatives
- Mises en situation fonctionnelles Observations en cours d'évaluation
- Rapports : 1) _____
Titre _____
Nom et prénom du professionnel _____
2) _____
Titre _____
Nom et prénom du professionnel _____
- Lecture du dossier : _____
Sources _____
Nom et prénom du professionnel _____

Fournissez les précisions suivantes :

- la fréquence de l'activité et la méthode utilisée;
- le temps d'exécution et de récupération;
- le degré de réalisation (ex. : complète, partielle, activité non réalisée, non spécifié);
- le niveau de difficulté et de sécurité (ex. : sans difficulté, avec difficulté, activité réalisée par substitution, non spécifié);
- les aides techniques utilisées;
- l'aide humaine requise (ex. : physique, verbale ou supervision);
- les changements anticipés selon le problème de santé;
- la tolérance à l'effort;
- les facilitateurs (mineurs à majeurs) et les obstacles (mineurs à majeurs).

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

4 Habitudes de vie – suite

Mobilité et déplacements

Transferts et changements de position (ex. : fauteuil roulant, lit, bain, douche, toilette, chaise, sol)

Nombre moyen de transferts par jour :

Description et commentaires

Locomotion – Déplacements à l'intérieur

Description et commentaires

Note : Si le client ou la cliente qui fait la demande utilise une aide à la mobilité, SVP remplir l'annexe correspondante.

Locomotion – Monter et descendre un escalier

Escalier intérieur

Description et commentaires

Escalier extérieur

Description et commentaires

Locomotion – Déplacements à l'extérieur (gazon, surfaces, seuils, etc.)

Description et commentaires

Année
Mois
Jour

Date de l'accident
Numéro de réclamation

4 Habitudes de vie – suite

Mobilité et déplacements – suite

Utilisation des moyens de transport (utilisation du véhicule, du transport en commun ou adapté)

Le client ou la cliente qui fait la demande

possède un véhicule :

Non; précisez le moyen de transport utilisé : _____

Oui; précisez ci-dessous.

Le client ou la cliente qui fait la demande est : Conducteur(-trice) Passager(-ère)

Type de véhicule : Automobile Minifourgonnette VUS Camionnette Camion-fourgon

L'évaluation de la capacité à conduire est : En cours Terminée S. O.

Description et commentaires

Consommation de biens et services (courses à la pharmacie, à l'épicerie, repas au restaurant, utilisation des services publics, etc.)

Description et commentaires

Soins personnels

Soins corporels (barbe, cheveux, dents) et d'hygiène (douche, bain, hygiène partielle)

Description et commentaires

Hygiène excrétrice

Description et commentaires

Soins de santé (prise de médicaments, orthèse, prothèse, etc.)

Description et commentaires

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

4 Habitudes de vie – suite

Soins personnels – suite

Habillement

Haut du corps

Description et commentaires

Bas du corps

Description et commentaires

Sommeil (habitudes liées au sommeil, accessoires pour dormir)

Difficultés éprouvées ou observations particulières (ex. : besoin d'être tourné, besoin de surveillance, besoin d'un lit ou d'un matelas spécialisés)

Description et commentaires

Nutrition

Prise des repas

Description et commentaires

Préparation des aliments

Description et commentaires

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

4 Habitudes de vie – suite

Habitation

Entretien du domicile – Quotidien

Description et commentaires

Entretien du domicile – Hebdomadaire

Description et commentaires

Entretien du domicile – Travaux lourds, saisonniers et extérieurs

Description et commentaires

Lessive (y compris l'entretien, le transport et le rangement des vêtements)

Description et commentaires

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

4 Habitudes de vie – suite

Responsabilités

Responsabilités familiales et parentales

(alimentation, habillement, soins personnels, surveillance, éducation, accompagnement et stimulation dans le développement et les apprentissages)

Description et commentaires

Responsabilités financières (paiement de comptes, transactions bancaires, gestion du budget)

Description et commentaires

Communications

Télécommunications (utilisation d'un téléphone, d'un téléviseur, d'un ordinateur, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations particulières Oui; précisez ci-dessous. Non

Description des difficultés ou des observations

Sécurité (identification des visiteurs, contrôle du verrouillage de la porte, plan d'urgence)

La personne peut joindre de l'aide (entourage, services publics) en cas d'urgence : Oui Non

Actuellement, le client ou la cliente qui fait la demande a mis en place un plan de mesures d'urgence (ex. : service incendie) : Oui; précisez ci-dessous. Non

Précisions

Année
Mois
Jour
Date de l'accident
Numéro de réclamation

4 Habitudes de vie – suite

Travail et éducation

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Entrevue avec des personnes significatives

Rapport :

Titre

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Lecture du dossier :

Sources

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Description et commentaires

Loisirs

Sources d'information

Entrevue avec le client ou la cliente qui fait la demande Entrevue avec des personnes significatives

Rapport :

Titre

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Lecture du dossier :

Sources

Date (Année-Mois-Jour)

Nom et prénom du professionnel

Description et commentaires

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

5 Analyse

Renseignements sur l'ergothérapeute

Nom	Prénom			Numéro de permis		
Nom du lieu de travail	Adresse	Numéro	Rue			
Ville, village ou municipalité				Province		Code postal
Téléphone	Poste	Télécopieur		Courriel		
Signature					Date	Année Mois Jour

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.