

Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile – Section 2

Date d'évaluation Date du rapport Date de l'accident 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.						
Objectif général :						
Échéancier :						
<input type="checkbox"/> Version numéro 1	<input type="checkbox"/> Version numéro 2	<input type="checkbox"/> Version numéro 3	<input type="checkbox"/> Version finale			

Recommandations d'adaptation du domicile

1 Déplacements	<input type="checkbox"/> S. O.
1.1 Aires et accès extérieurs	<input type="checkbox"/> S. O.
1.1.1 Accès à la rue et usage du stationnement	<input type="checkbox"/> S. O.
Situation de handicap et analyse	
Recommandations et précisions	
Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande	
Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande	

Éléments d'intervention

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Élargissement de l'allée de stationnement | <input type="checkbox"/> Ouvre-porte pour le garage existant | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Aire d'embarquement | <input type="checkbox"/> Abri pour le stationnement | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Revêtement carrossable | | |
| <input type="checkbox"/> Trottoir | | |

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

1.1.2 Accès au domicile

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Marches selon une configuration particulière | <input type="checkbox"/> Élargissement du palier de la porte extérieure donnant accès au domicile | <input type="checkbox"/> Nouvelle porte |
| <input type="checkbox"/> Palier de repos | <input type="checkbox"/> Rehaussement total ou partiel de la surface extérieure de façon à réduire le seuil à franchir | <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées, pentures, serrures, etc. |
| <input type="checkbox"/> Garde-corps ou mains courantes | <input type="checkbox"/> Abaissement de la porte | <input type="checkbox"/> Ouvre-porte automatique |
| <input type="checkbox"/> Rampe d'accès (remplir l'annexe) | <input type="checkbox"/> Plans biseautés | <input type="checkbox"/> Interphone |
| <input type="checkbox"/> Appareil élévateur (remplir l'annexe) | | <input type="checkbox"/> Dispositif de déverrouillage à distance des portes |
| <input type="checkbox"/> Abri pour la rampe d'accès ou l'appareil élévateur | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (1) ► | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► | |

1.1.3 Accès au balcon, à la galerie ou au patio

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la porte | <input type="checkbox"/> Plans biseautés | <input type="checkbox"/> Remplacement ou modification des garde-corps |
| <input type="checkbox"/> Rehaussement de la surface extérieure de façon à réduire le seuil à franchir : | <input type="checkbox"/> Nouvelle porte | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel | <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées, pentures, serrures, etc. | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

1.1.4 Accès et usage de la cour

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aménagement d'un trottoir | <input type="checkbox"/> Rampe d'accès | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Marches selon une configuration particulière | <input type="checkbox"/> Terrasse au sol de 12 pi X 12 pi en dalles de béton | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Plans biseautés | | |

1.2 Circulation à l'intérieur d'un immeuble à logements multiples (locatif ou détenu en copropriété) – aires communes

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mains courantes dans le corridor | <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées, pentures, serrures, etc. | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Abaissement du seuil de la porte | <input type="checkbox"/> Poignée de tirage | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Plans biseautés | <input type="checkbox"/> Ouvre-porte automatique (accès à l'immeuble) | |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle porte plus large | <input type="checkbox"/> Ouvre-porte automatique dans les aires communes | |

► Accès au stationnement intérieur

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plans biseautés | <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées, pentures, serrures, etc. | <input type="checkbox"/> Ouvre-porte automatique |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle porte plus large | <input type="checkbox"/> Poignée de tirage | |

Année Mois Jour
Date de l'accident Numéro de réclamation

S. O.

1.3 Circulation à l'intérieur du domicile

Situation de handicap et analyse

Niveaux à adapter

Sous-sol (justifiez) Rez-de-chaussée Étage (justifiez) Autre ►

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

Agrandissement du vestibule

Fauteuil élévateur d'escalier

Aménagement d'un carrefour

Charnières à retrait

Appareil élévateur (remplir l'annexe)

Protection du bas des portes ou des murs

Nouvelles portes plus larges

Sous-sol

Barrière devant un escalier

Chambre principale Cuisine

Rez-de-chaussée

Nouveau revêtement de plancher

Chambre numéro 2 Salle de bain

Étage

Chambre principale Cuisine

Chambre numéro 3 Autre

Lève-personne sur rail fixé au plafond
(remplir l'annexe)

Chambre numéro 2 Salle de bain

Mains courantes

Chambre principale

Chambre numéro 3 Autre

Salle de bain

Déplacement des commutateurs

Autre (1) ►

Chambre principale Cuisine

Autre (2) ►

Chambre numéro 2 Salle de bain

Chambre numéro 3 Autre

Déplacement des prises de courant

Chambre principale Cuisine

Chambre numéro 2 Salle de bain

Chambre numéro 3 Autre

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

2 Nutrition

S.O.

2.1 Cuisine

S.O.

Situation de handicap et analyse

Le client ou la cliente qui fait la demande a déjà été ou est propriétaire d'appareils électroménagers : Oui Non

Si oui, précisez lesquels :

Recommandations et précisions

Évier			Plan de travail			Plaque chauffante		
Surface	Dégagement		Surface	Dégagement		Surface	Dégagement	
Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur	Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur	Hauteur

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dégagement d'un espace sous l'évier | <input type="checkbox"/> Réaménagement de la cuisine | <input type="checkbox"/> Plaque chauffante |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de l'évier | <input type="checkbox"/> Réaménagement des espaces de rangement | <input type="checkbox"/> Four encastré |
| <input type="checkbox"/> Évier moins profond | <input type="checkbox"/> Aménagement d'espaces accessibles | <input type="checkbox"/> Réfrigérateur accessible |
| <input type="checkbox"/> Isolation de la tuyauterie | <input type="checkbox"/> Tablettes mobiles ou tiroirs | <input type="checkbox"/> Déplacement des boutons de commande de la hotte |
| <input type="checkbox"/> Déplacement de la robinetterie existante | <input type="checkbox"/> Plateau pivotant de type « Lazy Susan » | <input type="checkbox"/> Modification ou remplacement d'une fenêtre essentielle à l'aération |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle robinetterie | <input type="checkbox"/> Agrandissement de la cuisine | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Abaissement d'une partie des comptoirs, des armoires et des autres commodités | <input type="checkbox"/> Coup-de-pied : _____ x _____ | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

3 Soins personnels

S. O.

3.1 Salle de bain

S. O.

3.1.1 Salle de bain complète

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Lavabo

Surface	Dégagement		
Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dégagement d'un espace sous le lavabo | <input type="checkbox"/> Réaménagement des espaces de rangement | <input type="checkbox"/> Modification ou remplacement d'une fenêtre essentielle à l'aération |
| <input type="checkbox"/> Abaissement du lavabo | <input type="checkbox"/> Aménagement d'espaces accessibles | <input type="checkbox"/> agrandissement de la salle de bain |
| <input type="checkbox"/> Isolation de la tuyauterie | <input type="checkbox"/> Déplacement de la prise de courant à DDFT | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Déplacement de la robinetterie existante | <input type="checkbox"/> Déplacement des accessoires de la salle de bain (miroir, porte-serviette, porte-savon, porte-rouleau, pharmacie, etc.) | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Nouvelle robinetterie | | |

Toilette

Standard Allongée

Surélevée : _____ sans le siège

Barres d'appui

Bain

Bain standard

Bain hors standards

Planche de bain

Banc de bain

Surélévation du bain

Nouvelle robinetterie

Douche-téléphone sur tige

Barres d'appui

Douche

Douche avec seuil minimal

Nouvelle robinetterie

Banc de douche : _____

Douche sans seuil

Douche-téléphone sur tige

Chaise d'aisance (décrire le modèle essayé et fournir une soumission)

Tringle de rideau de douche

Barres d'appui

Propulsion par aidant Propulsion autonome

3.1.2 Autre salle de bain si admissible

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

4 Responsabilités familiales, habitation (entretien quotidien et hebdomadaire des vêtements) et communications			<input type="checkbox"/> S. O.
4.1 Chambre à coucher principale			

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modification de la porte de la garde-robe | <input type="checkbox"/> Agrandissement de la chambre | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées accessibles de la garde-robe | <input type="checkbox"/> Modification ou remplacement d'une fenêtre essentielle à l'aération | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la tablette | | |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la tringle | | |

4.2 Chambre numéro 2 (admissible en vertu de l'activité essentielle « responsabilités familiales »)

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modification de la porte de la garde-robe | <input type="checkbox"/> Agrandissement de la chambre | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées accessibles de la garde-robe | <input type="checkbox"/> Modification ou remplacement d'une fenêtre essentielle à l'aération | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la tablette | | |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la tringle | | |

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

4.3 Chambre numéro 3 (admissible en vertu de l'activité essentielle « responsabilités familiales »)

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modification de la porte de la garde-robe | <input type="checkbox"/> Agrandissement de la chambre | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Nouvelles poignées accessibles de la garde-robe | <input type="checkbox"/> Modification ou remplacement d'une fenêtre essentielle à l'aération | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la tablette | | |
| <input type="checkbox"/> Abaissement de la tringle | | |

4.4 Espace de buanderie

S. O.

Situation de handicap et analyse

Recommandations et précisions

Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande

Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Éléments d'intervention

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Laveuse à chargement frontal | <input type="checkbox"/> Déplacement des appareils à un étage ou à un endroit plus facile d'accès | <input type="checkbox"/> Autre (1) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Podium pour la laveuse – hauteur : _____ | | <input type="checkbox"/> Autre (2) ► _____ |
| <input type="checkbox"/> Sécheuse avec commandes accessibles | <input type="checkbox"/> Réaménagement des espaces de rangement existants | |
| <input type="checkbox"/> Podium pour la sécheuse – hauteur : _____ | | |

4.5 Communication – Système de contrôle de l'environnement (SCE)

S. O.

Pour un système de contrôle de l'environnement (SCE), SVP joindre un rapport détaillé.

Mise en garde concernant le SCE : L'achat et l'installation d'un système de contrôle de l'environnement sont remboursés pour une personne ayant le profil fonctionnel d'une atteinte majeure aux membres supérieurs comparable à une lésion complète au niveau C3 ou C4.

Année Mois Jour
 Date de l'accident Numéro de réclamation

5 Autre :

S. O.

Situation de handicap et analyse
Recommandations et précisions
Objectifs visés et incidence sur l'autonomie du client ou de la cliente qui fait la demande
Attentes et préférences du client ou de la cliente qui fait la demande

Annexes incluses

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dimensions – Personne en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Recommandation pour un appareil élévateur |
| <input type="checkbox"/> Dimensions – Personne en triporteur ou en quadriporteur | <input type="checkbox"/> Recommandation pour un lève-personne sur rail |
| <input type="checkbox"/> Recommandation pour une rampe d'accès | |

Conclusion

- J'ai discuté des recommandations et des objectifs avec le client ou la cliente qui fait la demande.
- Le client ou la cliente qui fait la demande démontre une compréhension des recommandations et des objectifs.
- Le client ou la cliente qui fait la demande approuve les recommandations et les objectifs.
- Une visite du domicile par un consultant ou une consultante en architecture est requise afin de compléter les recommandations.
- Le client ou la cliente qui fait la demande consent à transmettre ce rapport à la Société de l'assurance automobile du Québec.
- Le client ou la cliente qui fait la demande consent à transmettre ce rapport à son consultant ou sa consultante en architecture.

Nom et prénom du consultant ou de la consultante (si connu) : _____

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.