

1. PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	----------------	--------	---

2. AIDE OU AIDES TECHNIQUES DEMANDÉES

- Fauteuil roulant à propulsion manuelle
 Base de positionnement
 Poussette
 Fauteuil roulant à propulsion motorisée
 Aide technique à la posture
 Considération spéciale (C.S.)

3. NATURE DE LA DEMANDE

Attribution initial

Remplacement

Raison	Modèle de l'appareil à remplacer	Date de prise de possession Année Mois Jour
--------	----------------------------------	--

Demande d'un appareil additionnel

Raison

4. ADMISSIBILITÉ

Diagnostic médical confirmant le **caractère permanent** de la déficience physique

Conditions associées

La personne présente-t-elle une maladie dégénérative du système musculosquelettique ou neurologique?

- Oui Non

Code de déficience

Préciser la déficience du système organique qui justifie le niveau de complexité de l'appareil demandé (ex. : dans le cas d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, c'est la déficience qui engendre l'incapacité de propulsion manuelle qui doit être justifiée et non celle qui engendre l'incapacité à la marche).

Système	Trouble	Région
---------	---------	--------

La personne est-elle hébergée dans un établissement public ou privé conventionné?

- Non Oui

Si oui, a-t-elle des besoins spéciaux ne pouvant pas être répondus par l'utilisation d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle standard?

- Non Oui, précisez :

Fréquence d'utilisation prévue de l'aide technique :

- Quotidienne Occasionnelle, précisez :

5. JUSTIFICATION DE L'AIDE À LA LOCOMOTION DEMANDÉE (LE CAS ÉCHÉANT)



PERSONNE ASSURÉE		Expiration		Nom de famille	Prénom	Sexe
Numéro d'assurance maladie		Année	Mois			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

6. JUSTIFICATION DE L'AIDE À LA POSTURE DEMANDÉE (LE CAS ÉCHÉANT)

7. JUSTIFICATION SUPPLÉMENTAIRE POUR UNE AIDE OU UN COMPOSANT C.S.

Au moyen de l'évaluation fonctionnelle, veuillez démontrer qu'en raison d'une incapacité particulière, la personne ne peut utiliser aucun appareil ou composant nommé au Tarif pour répondre à ses besoins de mobilité ou de posture (ex. : résultats des essais effectués avec l'appareil au Tarif et avec l'appareil C.S.).

8. SIGNATURES

Établissement dispensateur (Service d'aides techniques)	Établissement où a eu lieu l'évaluation (si différent de l'établissement dispensateur)
---	--

Nom du médecin prescripteur autorisé (en lettres moulées)	Numéro du professionnel
_____	_____
Signature du médecin prescripteur autorisé	Date
	Année Mois Jour

Nom de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute (en lettres moulées)	Numéro du professionnel
_____	_____
J'ai procédé à l'évaluation fonctionnelle de la personne assurée susmentionnée. J'atteste qu'elle est admissible au Programme d'appareils suppléant à une déficience physique et qu'elle requiert l'aide technique demandée.	
Signature de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute	Date
	Année Mois Jour

PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	----------------	--------	---

Consentement du client à l'évaluation Numéro du dossier
Initiales de l'ergo.

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE ET ATTENTES DU CLIENT

2. MOYENS D'ÉVALUATION

<input type="checkbox"/> Lecture du dossier	<input type="checkbox"/> Entrevue avec client	<input type="checkbox"/> Entrevue avec famille :	<input type="checkbox"/> Entrevue avec intervenant :
<input type="checkbox"/> Palpation anatomique	<input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> MCPAA 2.0	<input type="checkbox"/> Bilan articulaire et musculaire
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Mise en situation / essai	<input type="checkbox"/> Simulation	<input type="checkbox"/> Mesure avec capteurs de pression

3. AIDE TECHNIQUE UTILISÉE

<input type="checkbox"/> Prothèse(s)	<input type="checkbox"/> Orthèse(s)	<input type="checkbox"/> Canne /béquilles	<input type="checkbox"/> Canne quadripode	<input type="checkbox"/> Cadre de marche	<input type="checkbox"/> Ambulateur
<input type="checkbox"/> Fauteuil à propulsion manuelle	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Fauteuil à propulsion motorisée	<input type="checkbox"/> Tri-quadriporteur	<input type="checkbox"/> Poussette	
<input type="checkbox"/> Coussin de siège spécial :	<input type="checkbox"/> Aide technique à la posture :	<input type="checkbox"/> Autres :			

4. HABITUDES DE VIE - SOINS PERSONNELS

	Autonomie	Avec aide	Avec équip.	Précisions :
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. DÉFICIENCE - INTÉGRITÉ DES SYSTÈMES ORGANIQUES

Cardiorespiratoire :

Cardiovasculaire :

Intégrité de la peau
(plaie, douleur, sensibilité, rougeur) :

Systèmes liés à l'excrétion
(incontinence, port de protection) :

Autres :

6. APTITUDES RELIÉES AU COMPORTEMENT, AUX ACTIVITÉS INTELLECTUELLES ET AU LANGAGE

Particularités :

Rapport annexé de la conduite sécuritaire au FMO

7. HABITUDES DE VIE - RELATIONS INTERPERSONNELLES ET RESPONSABILITÉS

<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> Vit avec sa famille	Nb d'heures de services du CLSC :	Nb d'heures passées seul par jour :
<input type="checkbox"/> Vit en hébergement	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Public	
<input type="checkbox"/> Vie communautaire, activités et loisirs			
<input type="checkbox"/> AVD (préparation des repas, entretien ménager) :			
<input type="checkbox"/> Études :	<input type="checkbox"/> Travail :	<input type="checkbox"/> Lettre pour 2 ^e appareil	

Précisions :

PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	----------------	--------	---

8. MOYENS DE TRANSPORT

Conducteur Passager Assis au fauteuil roulant

Moyens de transport	Adapté	Non adapté
<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fourgonnette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transport public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transport scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions (Types d'adaptations du véhicule en cours ou envisagées, etc.) :

9. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX - OBSTACLES ET FACILITATEURS

Déplacements : Intérieur : % Extérieur : % Précisions :

	Accessible	Non accessible
Domicile (aménagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
École ou travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. MOUVEMENTS VOLONTAIRES AUX MEMBRES INFÉRIEURS ET SUPÉRIEURS

Capacité des membres inférieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire Échelle : 0 à 5	Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.		Nul	Limité	Fonct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assis sans appui	Tolérance		Équilibre Berg : /56			Risque de chute		
	Durée : minutes		Nul	Précaire	Fonct.	Nul	Modéré	Élevé
Assis avec appui	Durée : minutes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temps assis par jour :

Relâchement de pression :

Debout sans appui	Durée : minutes	Nul	Précaire	Fonct.	Nul	Modéré	Élevé
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout avec appui	Durée : minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amputation membre inf. :

Niveau :

Appareillage :

Précisions :

Capacité des membres supérieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire Échelle : 0 à 5	Force de préhension			Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.		Nul	Limité	Fonct.	Nul	Limité	Fonct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

11. MOBILITÉ ET PROPULSION

Atteinte fonctionnelle à la marche

Marche avec aide sur : mètres Avec accompagnateur Marche non-fonctionnelle Non ambulant

Vitesse de marche non fonctionnelle Marche limitée par l'endurance Marche impossible sur terrain accidenté

Précisions :

Capacité de propulsion d'un fauteuil roulant manuel

Diminution de l'endurance après : mètres Mode de propulsion actuel : Propulsion non autonome

Incapable de franchir petit seuil ou dénivellation Propulsion impossible à l'extérieur du domicile Douleur causée par les mouvements répétitifs

Propulsion impossible sur terrain accidenté Vitesse de propulsion non fonctionnelle : mètres/minute

Capacité de conduite d'un fauteuil roulant motorisé

Conduite main droite Conduite main gauche Autre système de conduite :

Précisions :

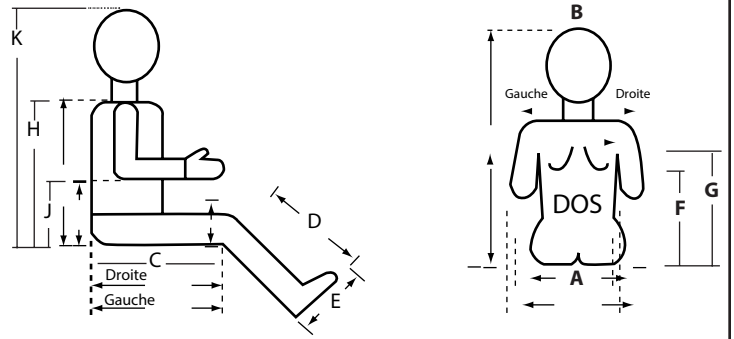
PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	----------------	--------	---

12. POSITION ASSISE STATIQUE

Position/condition d'évaluation

	Gauche	Droit		Gauche	Droit
A			F		
B			G		
C			H		
D			J		
E			K		
Poids :		Taille :			



	Plan sagittal	Plan frontal (obliquité)	Plan transversal (rotation)	
Bassin	<input type="checkbox"/> Neutre Bascule <input type="checkbox"/> Ant. <input type="checkbox"/> Post. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	 Plan sagittal
Tronc	<input type="checkbox"/> Cyphose <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Flexion latérale gauche <input type="checkbox"/> Flexion latérale droite <input type="checkbox"/> Flexion antérieure <input type="checkbox"/> Mesure du contrôle postural assis de l'adulte (MCPAA 2.0 annexé)		Tête :	

Précisions :

13. ANALYSE (incluant les essais effectués)

PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------	--------------------------	----------------	--------	---

14. PLAN D'INTERVENTION

Objectifs

Le client maintiendra ou améliorera sa posture et sa capacité à se mobiliser au moyen d'unw aide technique fonctionnelle, confortable et sécuritaire

- Le client sera capable de poursuivre, reprendre et maintenir sa participation dans ses différentes habitudes de vie significatives avec l'aide recommandée
- Le client sera capable de se déplacer avec assistance ou de façon autonome à l'aide du MIG MID MSG MSD
- Le client sera capable de se déplacer dans son milieu de vie à l'extérieur à l'école au travail
- Le client diminuera le nombre de chutes en utilisant une aide à la mobilité de façon régulière
- Le client conservera ses capacités résiduelles par la propulsion du fauteuil roulant manuel
- Le client sera capable de tolérer la position assise sur une période de : _____ heures en continu ou : _____ heures/jour
- Le client aura un alignement corporel optimal favorisant une meilleure posture assise facilitant la participation sociale
- Le client utilisera des techniques de relâchement de pression et des moyens de prévenir les plaies
- Autres :
- Autres :

Moyens - recommandations

- Achat initial : _____ Remplacement du : _____ Réparation - modification du : _____
- Obtention d'ici : _____ semaines Maintien d'un second appareil
- Livraison - ajustement par : _____ Entraînement par : _____ Suivi par : _____ dans : _____ semaines
- Conduite du FMO sous condition : _____ Remise de documentation écrite/enseignement
- Client informé de :

Aide à la mobilité

Devis annexé

- Fauteuil manuel Base Poussette
- Fauteuil motorisé Tri - quadriporteur

Préciser le type de conduite :

- Propulsion non autonome

Marque et modèle :

L'équipement sera neuf valorisé selon les règles en vigueur et la disponibilité

- Composant C.S. manuel :

- Composant C.S. motorisé :

Aide à la posture

Devis annexé

- Coussin siège :
- Coussin de dossier :
- Support avant-bras
- Positionnement modulaire Positionnement moulé

Autres :

- L'utilisateur ou son représentant a été informé des résultats de l'évaluation, est en accord avec les recommandations formulées et la transmission d'informations au requérant. Réalisé avec la collaboration de :

Plan d'intervention transmis à :

Signature de l'ergothérapeute - physiothérapeute de l'établissement Nom de l'établissement :

Signature de l'ergothérapeute - physiothérapeute du SAT Date :