

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

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant à propulsion manuelle | <input type="checkbox"/> Base de positionnement | <input type="checkbox"/> Poussette |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant à propulsion motorisée | <input type="checkbox"/> Aide technique à la posture | <input type="checkbox"/> Considération spéciale (C.S.) |

3. NATURE DE LA DEMANDE

| | | | |
|--|--------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Attribution initial | | | |
| <input type="checkbox"/> Remplacement | Raison | Modèle de l'appareil à remplacer | Date de prise de possession Année Mois Jour |
| <input type="checkbox"/> 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

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------|--------|---|
| Numéro d'assurance maladie | Expiration Année Mois | Nom de famille | Prénom | Sexe <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 | Année Mois Jour Date |

| | |
|--|-------------------------|
| 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 | Année Mois Jour Date |

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

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

Précisions :

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 | Contrôle musculaire | | |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Null | Limitée | Fonct. | Hypo. | Hyper. | Norm. | Échelle : 0 à 5 | 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"/> |

[illegible]**Temps assis par jour :**

Relâchement de pression :

[illegible]

Amputation membre inf. :

Niveau :

Appareillage :

Précisions :

[illegible]

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

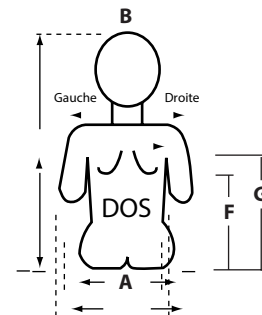
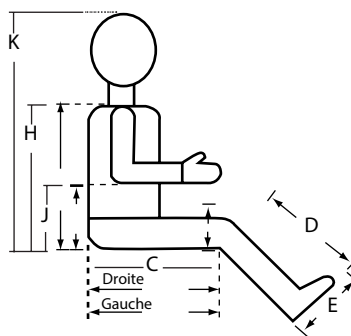
☐ M ☐ F

12. POSITION ASSISE STATIQUE

Position/condition d'évaluation

| | Gauche | Droit | | Gauche | Droit |
|---|--------|-------|---|--------|-------|
| A | | | F | | |
| B | | | G | | |
| C | | | H | | |
| D | | | J | | |
| E | | | K | | |

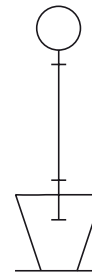
Poids : Taille :



| | 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 |
| 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 : | |



Plan sagittal



Plan frontal

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'une 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 :