



**ATTESTATION DU BESOIN D'UNE AIDE  
À LA LOCOMOTION OU À LA POSTURE**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**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**

Attribution initial

Remplacement ➔ Raison

Modèle de l'appareil à remplacer  
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)**



**ATTESTATION DU BESOIN D'UNE AIDE  
À LA LOCOMOTION OU À LA POSTURE (suite)**

À L'USAGE DE LA RÉGIE

**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 
--	-------------------------------

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 
--	-------------------------------

**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 .....  
Initialles de l'ergo.

Numéro du dossier

**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"/> Aide technique à la posture :	<input type="checkbox"/> Tri-quadrupore	<input type="checkbox"/> Poussette
<input type="checkbox"/> Coussin de siège spécial :				<input type="checkbox"/> Autres :	

**4. HABITUDES DE VIE - SOINS PERSONNELS**

	Autonomie	Avec aide	Avec équip.
Habillement	<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"/>

Précisions :

**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 <sup>e</sup> 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

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

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

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		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Échelle : 0 à 5			Nul	Limité	Fonct.
	<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"/>
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"/>

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

Temps assis par jour :

Relâchement de pression :

Debout sans appui	Durée : minutes	<input type="checkbox"/>							
Debout avec appui	Durée : minutes	<input type="checkbox"/>							

Amputation membre inf. :

Niveau :

Appareillage :

Précisions :

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

Précisions :

11. MOBILITÉ ET PROPULSION

Atteinte fonctionnelle à la marche

Marche avec aide sur :	mètres	<input type="checkbox"/> Avec accompagnateur	<input type="checkbox"/> Marche non-fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Non ambulant
<input type="checkbox"/> Vitesse de marche non fonctionnelle		<input type="checkbox"/> Marche limitée par l'endurance	<input type="checkbox"/> Marche impossible sur terrain accidenté	

Précisions :

Capacité de propulsion d'un fauteuil roulant manuel

Diminution de l'endurance après :	mètres	Mode de propulsion actuel :	<input type="checkbox"/> Propulsion non autonome
<input type="checkbox"/> Incapable de franchir petit seuil ou dénivellation	<input type="checkbox"/> Propulsion impossible à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/> Douleur causée par les mouvements répétitifs	
<input type="checkbox"/> Propulsion impossible sur terrain accidenté	<input type="checkbox"/> Vitesse de propulsion non fonctionnelle :		mètres/minute

Capacité de conduite d'un fauteuil roulant motorisé

<input type="checkbox"/> Conduite main droite	<input type="checkbox"/> Conduite main gauche	<input type="checkbox"/> Autre système de conduite :
---	---	--

Précisions :

PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie

Expiration  
Année Mois

Nom de famille

Prénom

Sexe

M

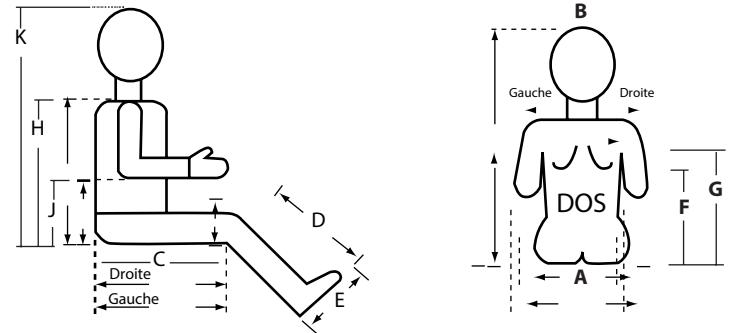
F

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)
<b>Bassin</b>	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> 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
<b>Tronc</b>	<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)	<b>Tête :</b>	 Plan sagittal

Plan frontal

Précisions :

13. ANALYSE (incluant les essais effectués)

<b>PERSONNE ASSURÉE</b>			
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**

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

<b>Aide à la mobilité</b>	Devis annexé <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Poussette
<input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/> 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 :

<b>Aide à la posture</b>	Devis annexé <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Coussin siège :	
<input type="checkbox"/> Coussin de dossier :	
<input type="checkbox"/> Support avant-bras	
<input type="checkbox"/> Positionnement modulaire	<input type="checkbox"/> Positionnement moulé

Autres :

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

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 :