

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

À L'USAGE DE LA RÉGIE

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

2. TYPE D'AIDE TECHNIQUE

Fauteuil roulant manuel
 Fauteuil roulant motorisé
 Poussette
 Base de positionnement
 Aide à la posture
 Coussin de siège
 C. S.

3. NATURE DE LA DEMANDE

Appareil actuel (s'il y a lieu) Numéro de série

Achat initial
 Remplacement
 Coût estimé des réparations supérieur à 80 % du prix d'achat
 Croissance
 Changement de l'état physique

Expliquez

4. ADMISSIBILITÉ

La personne assurée est admissible à l'aide technique demandée en vertu de l'article suivant : Précisez Article 51.7

Article 51, paragraphe : 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°
 Article 53, paragraphe : 1° 2° 3° Article 55 Article 56
 Article 52, pour les clients hébergés en CHSLD public ou conventionné
 Besoin spécial par rapport au fauteuil roulant*
 Aide non disponible dans l'établissement
 Personne autonome pour propulser
 * Précisez
 Article 50, deuxième appareil : Travail Études
 Article 54, paragraphe : 1° 2° Justification

5. DIAGNOSTIC ET CONDITIONS ASSOCIÉES

.....

6. ANALYSE ET JUSTIFICATION DE L'AIDE À LA MOBILITÉ MANUELLE

.....

7. ANALYSE ET JUSTIFICATION DE L'AIDE À LA MOBILITÉ MOTORISÉE

.....

8. ANALYSE ET JUSTIFICATION D'UNE AIDE À LA POSTURE OU DU COUSSIN

.....

9. ANALYSE ET JUSTIFICATION DU COMPOSANT EN CONSIDÉRATION SPÉCIALE

Incapacité importante de contrôle postural et de tonus musculaire (tête, tronc)
 Déficience du système circulatoire, respiratoire, de vidange vésicale
 Plaies de pression
 Incapacité à maintenir de façon prolongée la position assise statique

.....

10. SIGNATURES

Établissement où a lieu la présente évaluation	Ergothérapeute ou physiothérapeute	Téléphone			Médecin	N° du professionnel		
		Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour
Signature		Signature						
Établissement qui distribue l'aide		La personne représentant le service d'aides techniques J'atteste que la personne assurée susmentionnée satisfait aux exigences du Programme d'appareils supplantant à une déficience physique et requiert l'aide technique demandée.				Année Mois Jour		
Signature								

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

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

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE ET ATTENTES DU CLIENT

.....

2. MOYENS D'ÉVALUATION

Lecture du dossier Entrevue avec client Entrevue avec famille Entrevue avec intervenant

Palpation anatomique Observation MCPAA 2.0 Bilan articulaire et musculaire

Autres Mise en situation / essai Simulation Mesure avec capteurs de pression

3. AIDE TECHNIQUE UTILISÉE

Prothèse(s) Orthèse(s) Canne /béquilles Canne quadripode Cadre de marche Ambulateur

Fauteuil à propulsion manuelle Base Fauteuil à propulsion motorisée Tri-quadriporteur Poussette

Coussin de siège spécial Aide technique à la posture Autres

4. HABITUDES DE VIE - SOINS PERSONNELS

	Autonomie	Avec aide	Avec équip.	Précisions
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"/>

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

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

.....

.....

PERSONNE ASSURÉE		Expiration		Nom de famille à la naissance		Prénom		Sexe	
Numéro d'assurance maladie		Année Mois						<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"/> Fourgonnette		
<input type="checkbox"/> Transport public		
<input type="checkbox"/> Transport scolaire		

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		
	Nulle	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"/>

Assis sans appui	Tolérance		Équilibre Berg :/56			Risque de chute		
	Duréeminutes		Nul	Précaire	Fonct.	Nul	Modéré	Élevé
Assis sans appui			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis avec appui	Duréeminutes		<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	Duréeminutes	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 sans appui							
Debout avec appui	Duréeminutes	<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	Force de préhension			Contrôle musculaire		
	Nulle	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Échelle : 0 à 5	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

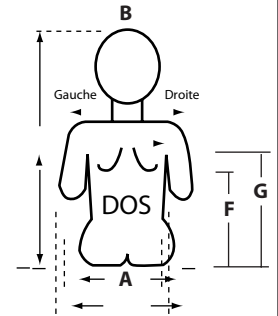
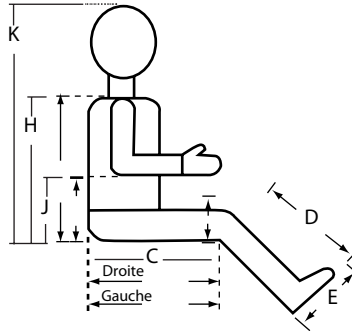
Précisions

PERSONNE ASSURÉE
 Numéro d'assurance maladie: _____ Expiration: Année: _____ Mois: _____ Nom de famille à la naissance: _____ 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	

Précisions

.....

.....

.....

.....

.....

13. ANALYSE (incluant les essais effectués)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PERSONNE ASSURÉE		Expiration		Nom de famille à la naissance		Prénom		Sexe	
Numéro d'assurance maladie		Année Mois						<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'un 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 CS manuel

- Composant CS motorisé

Aide à la posture

Devis annexé

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

Autres.....

L'usager 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.....