

1. PERSONNE ASSURÉE

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe ☐ M ☐ 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

Numéro d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe ☐ M ☐ 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.	Année Mois Jour Date
Signature de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute	

- PERSONNE ASSURÉE

PERSONNE ASSURÉE					
Número d'assurance maladie	Expiration Année Mois	Nom de famille	Prénom	Sexe ☐ M ☐ 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.
Habille ment	☐	☐	☐
Hygiène	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐
Transferts	☐	☐	☐

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

☐ 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

Numéro d'assurance maladie

Expiration

Année

Mois

Nom de famille

Prénom

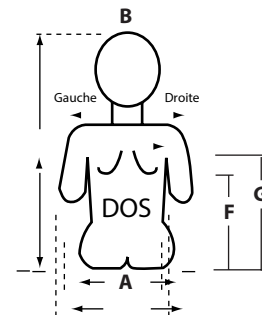
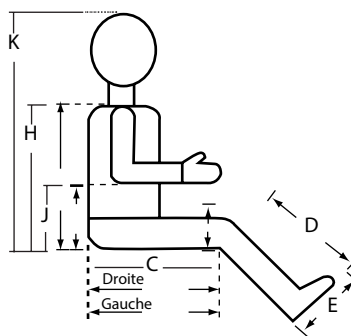
Sexe

☐ M ☐ F

12. POSITION ASSISE STATIQUE

Position/condition d'évaluation

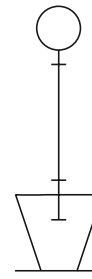
	Gauche	Droit		Gauche	Droit
A			F		
B			G		
C			H		
D			J		
E			K		
Poids :			Taille :		



	Plan sagittal	Plan frontal (obliquité)	Plan transversal (rotation)
Bassin	☐ Neutre Bascule ☐ Ant. ☐ Post. ☐ Mobile ☐ Fixe	☐ Neutre ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Mobile ☐ Fixe	☐ Neutre ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Mobile ☐ Fixe
Tronc	☐ Cyphose ☐ Lordose ☐ Scoliose ☐ Flexion latérale gauche ☐ Flexion latérale droite ☐ Flexion antérieure ☐ 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 ☐ M ☐ 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 :