

A tous nos établissements partenaires et pour toutes les cliniques extérieures

Nous vous présentons officiellement, avec une grande fierté, le nouveau formulaire d'évaluation fonctionnelle des besoins en mobilité et à la posture. Ce formulaire pan québécois remplace dorénavant le formulaire 3841 de la RAMQ.

Le nouveau formulaire est le résultat d'efforts concertés de représentants des Services d'aides techniques (SAT) des établissements en réadaptation en déficience physique du Québec afin de mieux représenter toutes les habitudes de vie de la personne en regard des besoins de mobilité et de posture.

Ce formulaire respecte les exigences du programme d'appareils suppléant à une déficience physique (RAMQ) et ceux de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Nous joignons à cette lettre un guide de rédaction personnalisé au fonctionnement du PATMP du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et un tableau qui vous indique les sections à remplir au préalable et les autres sections à remplir en collaboration avec l'équipe clinique du PATMP.

Lors de cliniques extérieures, si l'ergothérapeute ou physiothérapeute a rempli une partie du formulaire au préalable, l'évaluation avec l'équipe clinique du PATMP ne prendra qu'environ 30 minutes.

En tout temps, nous vous demandons de prioriser les clients en débutant les cliniques par les cas les plus urgents.

De même bien vouloir inscrire, à la fin de la clinique, les clients ayant des restrictions en lien avec une maladie infectieuse.

Voici un tableau vous indiquant les sections que nous vous demandons de remplir :

Qui remplit quoi	Ergo ou physio référent	Équipe clinique du PATMP
<b>Parties de l' ATTESTATION</b>		
1	À remplir	
2 – 3 – 4		À remplir
5	À remplir à partir du dossier	
6 – 7 – 8 – 9	A remplir	Ajouts possibles par ergo du PATMP
<b>Utilisation de cette page comme prescription médicale</b>	Oui si MD spécialiste ou ayant le privilège de prescrire des aides techniques	Selon le MD du PATMP
10	Ergo ou physio signe	Ergo du PATMP signe
<b>Parties de l'ÉVALUATION</b>		
1 à 11	A remplir	Ajouts possibles par ergo du PATMP
12 et 13	Assiste l'ergo ou le Top du PATMP	A remplir par ergo et Top du PATMP, en présence de l'ergo du CHSLD
14	A remplir et à signer conjointement	A remplir et à signer conjointement
<b>DEVIS TECHNIQUE</b>		
	Non applicable	A remplir par ergo et Top du PATMP

## ATTESTATION D'UN BESOIN D'UNE AIDE À LA LOCOMOTION OU À LA POSTURE

1. **PERSONNE ASSURÉE** : La date d'expiration de la carte est essentielle.

2. **TYPE D'AIDE TECHNIQUE**

Préciser le type d'aide envisagé : FR Manuel, FR Motorisé, poussette, base roulante, aide à la posture, coussin de siège spécial ou composant en considération spéciale (options motorisées, contrôle spécialisé...) Dans le cas du MAP (module auxiliaire de propulsion), inscrire un FR Motorisé et ajouter les lettres « MAP » dans l'espace restant.

3. **NATURE DE LA DEMANDE**

Inscrire s'il s'agit d'une demande initiale ou d'un remplacement. Dans ce dernier cas, justifier la raison du remplacement (coût, croissance qui ne nécessite pas de prescription) versus changement de la condition avec justification et prescription.

4. **ADMISSIBILITÉ**

La personne assurée est admissible à l'aide technique demandée en vertu de l'article (se référer aux extraits du règlement au verso de cette feuille):

Se référer aux articles 51 et 53 et 55 et 56

Précisez 51.7: Justifier la nécessité de conserver les capacités en contexte de maladie dégénérative

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

\*Expliquer la raison du besoin (hors standard en hauteur/ largeur ou profondeur et/ou ajustement particulier) et non disponibilité de l'appareil dans le centre. Les 3 conditions doivent être présentes

Article 50, deuxième appareil  Travail  Études  Article 54, paragraphe:  1<sup>er</sup>  2<sup>e</sup> Justification: Justifier avec le poids de l'enfant et le besoin d'une aide à la posture personnalisée

Fournir l'attestation de travail ou d'étude

5. **DIAGNOSTICS ET CONDITIONS ASSOCIÉES**

Mettre tous les diagnostics et conditions associées connus et présents au dossier du client. Inscrire obésité si présente ou autres déficiences justifiant une aide à la mobilité et à la posture. Joindre la liste de médicaments, si pertinent.

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

En considérant l'évaluation fonctionnelle et les diagnostics, nous indiquer ce qui rend la mobilité non fonctionnelle et rend nécessaire l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel pour un usage quotidien et permanent. Nous parler, par exemple, de la FM, des AA, des douleurs (où et quand), de l'endurance (de façon répétée et sécuritaire), de l'équilibre (Berg si disponible), des chutes (histoire et risques), de la coordination, de la sensibilité, du patron de mouvement, des atteintes cognitives ayant un impact sur la capacité de marcher de façon sécuritaire. ....

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

En considérant l'évaluation fonctionnelle et les diagnostics, nous indiquer ce qui rend la marche ainsi que la propulsion d'un fauteuil roulant manuel non fonctionnelle. Nous parler, par exemple, de la FM, des AA, des douleurs (où et quand), de l'endurance (de façon répétée et sécuritaire), de la coordination, du tonus, de la proprioception, de la sensibilité, des praxies. Dans les cas de problèmes cardiorespiratoires ou cardiovasculaires, l'attestation du spécialiste doit être présente.

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

En considérant l'évaluation de la posture (inclinaison du tronc, diminution du tonus tronculaire, obliquité du bassin, glissement antérieur) et les diagnostics, justifiez le besoin de l'aide à la posture ou du coussin de siège spécialisé (plaie, rougeurs, glissement),

9. **ANALYSE ET JUSTIFICATION DU COMPOSANT EN CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

Incapacité importante de contrôle postural et de tonus musculaire (tête, tronc)

Déficience du syst. circulatoire, respiratoire, vidange vésicale

Plaies de pression  Incapacité à maintenir de façon prolongée la position assise statique

En considérant l'évaluation fonctionnelle et les diagnostics et déficiences, précisez ce qui justifie le composant en considération spéciale (conduite céphalique, bascule motorisée, appui-jambe élévateur motorisé, et tout autre composant non présent au décret et ajouté pour répondre à un besoin spécifique du client.

10. **SIGNATURES**

Établissement où a lieu la Présente évaluation:	Ergothérapeute ou Physiothérapeute Ergo/physio de CHSLD ou CLSC ou ergo/physio du SAT Signature	Téléphone:	Médecin À utiliser si médecin prescripteur utilise ce formulaire comme Px Ou voir prescription	No. du professionnel:
Nom du CHSLD ou CLSC		Année    Mois    Jour		Année    Mois    Jour
Établissement qui distribue l'aide: Le SAT attributeur	<b>La personne représentant le service d'aides techniques</b> J'atteste que la personne assurée susmentionnée satisfait aux exigences du programme d'appareils suppléant à une déficience physique et requiert l'aide technique demandée. Signature			Année    Mois    Jour

## ÉVALUATION FONCTIONNELLE

Consentement du client à l'évaluation : \_\_\_\_\_ (initiales de l'ergo) **Essentiel**

**1. MOTIF DE RÉFÉRENCE ET ATTENTES DU CLIENT** CLIENT RÉFÉRÉ LE \_\_\_\_\_ PAR \_\_\_\_\_ ET POUR \_\_\_\_\_

(EX : CLIENT EST RÉFÉRÉ EN RAISON DE DIFFICULTÉS À LA MARCHÉ ET CHUTES FRÉQUENTES. CLIENT A PRIS DU POIDS ET LA BASE ROULANTE DOIT ÊTRE MODIFIÉE. MALGRÉ L'UTILISATION D'UN COUSSIN DE SIÈGE SPÉCIAL, CLIENT PRÉSENTE DES PLAIES AU NIVEAU DU SIÈGE...) BESOIN SPÉCIAUX (EX OBÉSITÉ MORBIDE)

**2. MOYENS D'ÉVALUATION :** (LORS DE L'ÉVALUATION, INITIALER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR RÉFÉRENT VS INTERVENANT DU SAT)

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

**3. AIDE TECHNIQUE UTILISÉE** (Toutes celles utilisées par le client et leur provenance (ex : triporteur de la Fiducie)

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 spécial \_\_\_\_\_  ATP \_\_\_\_\_  Autres : \_\_\_\_\_

### 4. HABITUDES DE VIE ET SOINS PERSONNELS

	Autonomie	Avec aide	Avec équip.	Précisions : Ex : Habillement ou hygiène possible uniquement au fauteuil ayant dossier inclinable. Besoin d'être près d'une table pour l'alimentation autonome (hauteur de la table). Changement de poids et d'habitudes alimentaires, dysphagie ayant un effet sur l'angle de dossier désiré. Transfert latéral nécessitant le retrait des butées. ... Précisez les modes de transferts (depuis quand, quel équipement, aide humaine requise, désire conserver ce mode de transfert à tout prix, hauteur des surfaces de transfert.....
<b>Habillement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hygiène</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Transferts</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 5. DÉFICIENCE, INTÉGRITÉ DES SYSTÈMES ORGANIQUES

Cardio-respiratoire     Cardiovasculaire : Dans le cas d'une demande de fauteuil motorisé pour ces raisons, on doit s'assurer que le client possède un fauteuil manuel de la RAMQ ou qu'il soit admissible à un tel appareil. Si c'est le cas, une attestation doit être remplie par le cardiologue ou le pneumologue (attestation disponible auprès du SAT)

Intégrité de la peau (plaie, douleur, sensibilité, rougeur) : État de la peau. Si plaies, parler de l'historique, région et mode de traitement de la plaie (présence ou non de pansement). Questionnez aussi si l'origine de la plaie ne serait pas reliée à d'autres facteurs. Clarifiez la douleur (musculaire, picotement, engourdissement, chaleur) ainsi que la sensibilité/ douleurs au siège, au dos, autres segments corporels. Allergies ou sudation lorsqu'on utilise certains matériaux (latex). Si aucun problème l'indiquer également

Systèmes liés à l'excrétion (incontinence, port de protection) : L'incontinence fréquente peut justifier l'octroi de 2 housses de coussin, utilisation de sacs.

Autres : Problèmes de proprioception qui peuvent avoir un impact sur la propulsion d'un fauteuil manuel, besoin de protège rayon. Problèmes auditifs et visuels pouvant avoir un impact sur la conduite (hémianopsie, hémignégligence visuo-spatiale)

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

Particularités : Capacité de se propulser, de conduire de façon sécuritaire et tout ce qui peut l'influencer (troubles cognitifs, manque d'autocritique, diminution de mémoire, jugement, autorégulation, planification, organisation, résolution de problèmes, orientation, état dépressif, anxiété, trouble de la personnalité, agressivité,....) Capacité de s'exprimer (mode de communication utilisé), langue étrangère, langage signé, aphasie, dysarthrie.

Rapport annexé de la conduite sécuritaire au FMO. Essai préalable à faire sur la capacité de conduite sécuritaire

## 7. HABITUDES DE VIE / RESPONSABILITÉS ET RELATIONS INTERPERSONNELLES

- Vit seul    Vit avec sa famille   Nb d'heures de services au CLSC : \_\_\_\_\_ Nb d'heures passées seul par jour : \_\_\_\_\_  
 Informations nécessaires pour justifier des options en considération spéciale (ex motorisation du dossier, bascule motorisée)  
 Vit en hébergement    Privé    Public (Impact sur l'obtention d'appareils selon l'article 52)  
 Vie communautaire, activités et loisirs : Niveau d'activités, implication sociale, sorties fréquentes, occupation de l'utilisateur pouvant avoir une incidence sur la conception du FR. Info sur aidant naturel.  
 AVD (préparation de repas, entretien ménager) : \_\_\_\_\_  
 Études : \_\_\_\_\_  Travail \_\_\_\_\_  Lettre pour 2<sup>e</sup> appareil  
 Précisions : Important de préciser en quoi un 2<sup>ième</sup> appareil est essentiel pour poursuivre des études ou le travail

## 8. MOYENS DE TRANSPORT Conducteur   Passager   Assis au fauteuil roulant

Moyens de transport	Adapté	Non adapté	Précisions (Types d'adaptation du véhicule en cours ou envisagées etc.) :
<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécessité de plier le fauteuil manuel, Limite de la largeur de la plateforme du transport public ou du véhicule adapté si le fauteuil doit être très large. Modèle de véhicule de la famille si sorties. Si possède déjà un véhicule adapté spécifier le modèle d'ancrage déjà en place. Indiquer si une adaptation de véhicule est prévue.
<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"/>	

## 9. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX / OBSTACLES ET FACILITATEURS

Déplacements : <input type="checkbox"/> Intérieur ___% <input type="checkbox"/> Extérieur ___%			Précisions : <i>Nous indiquer les déplacements actuels. Ajouter les déplacements espérés suite à l'obtention de l'aide technique. Accessibilité (largeur des portes, dimensions des pièces et des ascenseurs) surtout si fauteuils larges. Mode d'accès au domicile, rampe (pente) présence de marches, paliers, tapis, seuils.</i>
	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 MEMBRES SUPÉRIEURS

Capacité des membres inférieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire	Contrôle musculaire		
	Nul	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Echelle : 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"/>	<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"/>
Assis(e) sans appui	Tolérance Tester de façon prolongée			Équilibre Si possible utiliser le test Berg : ___ / 56			Risque de chute			
	Durée _____ minutes Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈			Nul <input type="checkbox"/>	Précaire <input type="checkbox"/>	Fonct. <input type="checkbox"/>	Nul <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>	
Assis(e) avec appui	Durée _____ minutes (adossé/avec app-bras) Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps assis par jour : Indiquez si consécutif ou avec pauses										
Relâchements de pression : par push up, bascule activée de façon autonome vs aide présente, pause au lit, temps passé sur autre assise dans la journée										
Debout sans appui	Durée _____ minutes Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈			Nul <input type="checkbox"/>	Précaire <input type="checkbox"/>	Fonct. <input type="checkbox"/>	Nul <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>	
Debout avec appui	Durée _____ minutes Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation Membre inférieur > _____ Niveau _____ Appareillage _____										

Précisions : Incrire si une articulation ou un segment présente des problèmes par rapport au reste des articulations. Douleur à l'effort, au mouvement (suivi en clinique de douleur), diminution d'endurance, histoire de chutes (fréquence), spasticité à l'extension, clonus, poussée en extension

Capacité des membres supérieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire	Force de préhension			Contrôle musculaire		
	Null	Limitée	Fct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Éch : 0 à 5	Nul	limité	fct	Nul	limité	Fct.
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 : Douleur à l'effort, au mouvement, diminution d'endurance, spasticité, diminution de la coordination bilatérale

## 11. MOBILITÉ ET PROPULSION

### Atteinte fonctionnelle à la marche

- Marche avec aide sur \_\_\_\_\_ mètres  Avec accompagnateur  Marche non-fonctionnelle ( $\pm$  5 pas)  
 Non ambulant ( $\pm$  2 pas)  
 Vitesse de marche non fonctionnelle  Marche limitée par l'endurance  Marche impossible sur terrain accidenté

Précisions : La distance marchée écrite ici doit représenter la distance pouvant être faite de façon répétée et de façon quotidienne et sécuritaire

Si un ou deux pas pour un transfert, ne pas considérer cela comme de la marche mais uniquement comme un transfert

### Capacité de propulsion d'un fauteuil roulant manuel

Diminution de l'endurance après \_\_\_\_\_ mètres Mode de propulsion actuel : Important pour admissibilité en CHSLD

- Propulsion non autonome (problème de force ou d'initiative)  
 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 (pour justifier FMO)

### Capacité de conduite d'un fauteuil roulant motorisé (inscrire si choix du client ou mode de contrôle actuel)

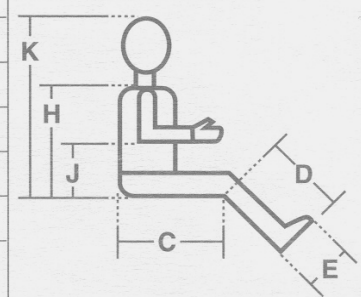
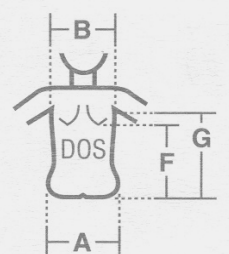
- Conduite main droite  Conduite main gauche  Autre système de conduite : \_\_\_\_\_

Précisions : avec chien guide, manette particulière, contrôle par l'aidant, bascule intégrée à la manette si nécessaire

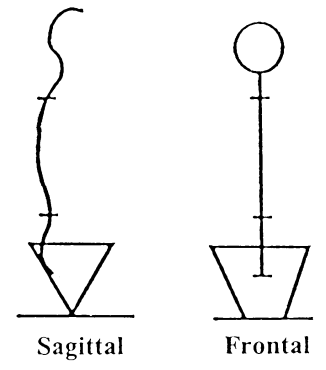
**12. POSITION ASSISE STATIQUE**

Position/condition d'évaluation : \_\_\_\_\_

	Gauche	Droit		Gauche	Droit
<b>A</b>			<b>F</b>		
<b>B</b>			<b>G</b>		
<b>C</b>			<b>H</b>		
<b>D</b>			<b>J</b>		
<b>E</b>			<b>K</b>		
Poids _____		Taille _____			

	Plan sagittal	Plan frontal (obliquité)	Plan transversal (rotation)
<b>Bassin</b>	<input type="checkbox"/> Neutre Bascule <input type="checkbox"/> Ant. <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> _____ _____ _____ _____



Autres précisions : \_\_\_\_\_

Position des membres inférieurs (hanches, genoux, pieds). Décrire les problématiques de posture statique ou dynamique.  
 Résultats des essais antérieurs de coussins de siège ou ATP précédant l'évaluation

---



---



---

**13. ANALYSE (INCLUANT LES ESSAIS EFFECTUÉS)**

Il faut ici apprécier le contenu de l'évaluation. Mettre en corrélation les données recueillies. Expliquer les résultats. Faire des liens entre le fonctionnement, les capacités de la personne et l'environnement

Exemple :

M est incapable de marcher seul avec une marchette sur de courtes distances. Nécessite l'aide d'une personne, en raison de la faiblesse musculaire sévère aux 2 membres inférieurs et de troubles d'équilibre.

Nous recommandons un FMA pour les déplacements en raison d'une incapacité à se déplacer sur de courtes et longues distances.

Indiquer si un essai a été effectué (quand, comment, où, niveau de sécurité, suivi des consignes, autocritique, problèmes observés).

Nous recommandons un FR de la sous-catégorie suivante (de base, intermédiaire ou multiréglable). Justifier votre choix en fonction de la gradation des balises du plus simple au plus complexe ( ex étant donné les besoins en terme de dimensions, de choix de composants, de réglages permettant une propulsion ou une posture efficace )

#### 14. PLAN D'INTERVENTION

<b>Objectifs</b>									
<b>LE CLIENT MAINTIENDRA OU AMÉLIORERA SA POSTURE ET SA CAPACITÉ À SE MOBILISER AU MOYEN D'UNE AIDE TECHNIQUE FONCTIONNELLE, CONFORTABLE ET SÉCURITAIRE</b>									
<input type="checkbox"/> Le client sera capable de poursuivre, reprendre et maintenir sa participation dans ses différentes habitudes de vie significatives avec l'aide recommandée									
<input type="checkbox"/> Le client sera capable de se déplacer <input type="checkbox"/> Avec assistance <input type="checkbox"/> Ou de façon autonome à l'aide du <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD									
<input type="checkbox"/> Le client sera capable de se déplacer <input type="checkbox"/> Dans son milieu de vie <input type="checkbox"/> À l'extérieur <input type="checkbox"/> À l'école <input type="checkbox"/> Au travail									
<input type="checkbox"/> Le client diminuera le nombre de chutes en utilisant une aide à la mobilité de façon régulière									
<input type="checkbox"/> Le client conservera ses capacités résiduelles par la propulsion du fauteuil roulant manuel									
<input type="checkbox"/> Le client sera capable de tolérer la position assise sur une période de _____ hres en continu ou _____ hres/jour									
<input type="checkbox"/> Le client aura un alignement corporel optimal <input type="checkbox"/> favorisant une meilleure posture assise <input type="checkbox"/> facilitant la participation sociale									
<input type="checkbox"/> Le client utilisera des techniques de relâchement de pression et des moyens de prévenir les plaies									
<input type="checkbox"/> Autres : <b>le client sera capable de mettre en application des moyens pour..... faciliter la guérison d'une plaie, pour protéger ses articulations, pour conserver son énergie, pour....</b>									
<input type="checkbox"/> Autres : _____									
<b>MOYENS / RECOMMANDATIONS</b>									
<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 _____									
<input type="checkbox"/> Conduite du FMO sous condition : _____ <input type="checkbox"/> Remise de documentation écrite /enseignement									
Client informé de : _____									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><b>Aide à la mobilité</b></td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> Devis annexé</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <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 : _____  <input type="checkbox"/> Propulsion non autonome            Marque/Modèle : <b>ergo SAT peut inscrire les dimensions recommandées</b>            L'équipement sera <input type="checkbox"/> Neuf  <input type="checkbox"/> Valorisé selon les règles en vigueur et la disponibilité  <input type="checkbox"/> Composant CS : <b>bascule, dossier inclinable, appui-jambes éleveurs motorisés, tango 6 roues</b>            Autres : _____         </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	<b>Aide à la mobilité</b>	<input type="checkbox"/> Devis annexé	<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 : _____ <input type="checkbox"/> Propulsion non autonome Marque/Modèle : <b>ergo SAT peut inscrire les dimensions recommandées</b> L'équipement sera <input type="checkbox"/> Neuf <input type="checkbox"/> Valorisé selon les règles en vigueur et la disponibilité <input type="checkbox"/> Composant CS : <b>bascule, dossier inclinable, appui-jambes éleveurs motorisés, tango 6 roues</b> Autres : _____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><b>Aide à la posture</b></td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> Devis annexé</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <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 : <b>ex : appui-tête personnalisé, butées diverses, ceinture de positionnement</b>            _____            _____            _____         </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	<b>Aide à la posture</b>	<input type="checkbox"/> Devis annexé	<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 : <b>ex : appui-tête personnalisé, butées diverses, ceinture de positionnement</b> _____ _____ _____	
<b>Aide à la mobilité</b>	<input type="checkbox"/> Devis annexé								
<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 : _____ <input type="checkbox"/> Propulsion non autonome Marque/Modèle : <b>ergo SAT peut inscrire les dimensions recommandées</b> L'équipement sera <input type="checkbox"/> Neuf <input type="checkbox"/> Valorisé selon les règles en vigueur et la disponibilité <input type="checkbox"/> Composant CS : <b>bascule, dossier inclinable, appui-jambes éleveurs motorisés, tango 6 roues</b> Autres : _____									
<b>Aide à la posture</b>	<input type="checkbox"/> Devis annexé								
<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 : <b>ex : appui-tête personnalisé, butées diverses, ceinture de positionnement</b> _____ _____ _____									

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

Plan d'intervention transmis à : \_\_\_\_\_

Signature de l'ergothérapeute/ physiothérapeute de l'établissement : **(OBLIGATOIRE)** Nom de l'établissement : **(OBLIGATOIRE)**

Signature de l'ergothérapeute/ physiothérapeute du SAT : **(SI PARTICIPE À L'ÉVALUATION)** Date : \_\_\_\_\_