|  |
| --- |
|  |
| Aide à la saisie |
| **OEMC-2016** |

|  |
| --- |
| 24/08/2018 |

**Date de l’évaluation** **** **Nº de dossier **

**État de santé**

*** Histoire de santé personnelle et familiale***

1. **Antécédents médicaux : (nom, date, commentaires)**



1. **Chirurgie antérieure : (nom, date, commentaires)**



1. **Traumatisme : (nom, date, commentaires)**



1. **Hospitalisation (s) dans la dernière année : [nombre, date** (l’année et le mois obligatoires), **raison et précisions]**



1. **Allergie/Intolérance**

***Si connue (s)***, indiquez les allergies/intolérances et les symptômes :



***Si inconnue (s)***, indiquez les symptômes :



1. **Histoire de chute**

Chute dans la dernière année ? Oui  Non  ***Si oui***, indiquez :

Nombre de chutes :  Date de la dernière chute (année et mois obligatoires) : 

À quel moment de la journée ? 

Qu’est-ce que l’usager était en train de faire ? Où était-il ?

 

**Signes / symptômes avant la chute ?** 

**Difficulté à se lever ?** Oui  Non  **Besoin d’aide pour se lever?** Oui  Non

**Durée demeuré (e) au sol ?**  **Perte de consciences ?** Oui  Non

**Blessures ?** Oui  Non  **Consultation médicale requise ?** Oui  Non

**Peur de chuter ?** Oui  Non  Pas capable de répondre

**Problème identifié (histoire de chute) ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



** *Santé physique***

1. **Informations générales**

**Risques infectieux** **:**  Oui  Non

**Signes vitaux** (tension artérielle, pouls, respiration, température)



**Poids/Taille**



**Variation de poids au cours de la dernière année et depuis quand ?**  : 

Tour de taille  Latéralité 

Santé de l’usager p à p à d’autres personnes de son âge : 

Faiblesse, fatigue, manque d’énergie les 4 dernières semaines ? 

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique 

1. **Fonctions physiques**

**Fonction digestive** Voir la liste. **Fonction respiratoire** Voir la liste.

**Fonction cardiovasculaire** Voir la liste. **Fonction génito-urinaire** Voir la liste.

**Fonction motrice** Voir la liste. **Fonction sensorielle** Voir la liste. **Condition de la peau** Voir la liste.

Symptômes, site, fréquence et intensité **par fonction**



Actuellement, sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure les symptômes de **chaque fonction** perturbent-ils votre quotidien ?



Avec qui l’échelle de **chaque fonction** a-t-elle été complétée? (Usager/ Famille, proche/ Tierce personne)



Démarches entreprises et observations spécifiques **par fonction**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



** ***Santé psychique***

**Difficulté liée à l'humeur et à l'anxiété** Voir la liste. **Idées suicidaires** Voir la liste.

**Idées délirantes ou hallucinations** Voir la liste. **Agitation ou comportement perturbateur** Voir la liste.

Symptômes, site, fréquence et intensité **par fonction**



Actuellement, sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure les symptômes de **chaque fonction** perturbent-ils votre quotidien ?



Avec qui l’échelle de **chaque fonction** a-t-elle été complétée? (Usager/ Famille, proche/ Tierce personne)



Démarches entreprises et observations spécifiques **par fonction**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique

** ***Soins particuliers***

**Soins que nécessite l’état de l’usager**



**Les soins sont-ils faits ?** Oui  Non

**Type d’aide, fréquence et par qui ?**



**Soins inappropriés** : Oui  (Qualité/Quantité) Non

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique

** ***Médication***

1. **Médication d’ordonnance (coordonnées de la pharmacie)**



**L'usager connait-il les raisons pour lesquelles il prend sa médication** **?**  Oui  Non

**L'usager respecte-t-il l'ordonnance de sa médication ?** Oui  Non

**Effets secondaires**



1. **Médication en vente libre (nom du médicament, raison, effets secondaires)**



1. **Produits naturels (nom du produit, raison, effets secondaires)**



1. **Problème identifié**

**Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :**



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



** ***Services de santé***

1. **Suivi médical régulier Oui  Non**
2. **Médecin de famille** (nom et coordonnées)



1. **Médecin (s) spécialiste (s)** (nom, spécialité et coordonnées)



1. **Autres professionnels de santé** (nom, spécialité et coordonnées)



1. **Problème identifié**

**Difficultés éprouvées ou observations spécifiques** :



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



**Habitudes de vie**

*** Alimentation***

1. **Mode d’alimentation**

Mode d’alimentation**: **

**Alimentation au petit déjeuner** :

Fruits ou jus de fruits :   Oui  Non Œuf ou fromage ou beurre d’arachide :  Oui  Non

Pains ou céréales :   Oui  Non Lait (un verre ou plus de ¼ tasse …) :  Oui  Non

**Alimentation quotidienne** :

Fruits et légumes :    Oui  Non Viandes et substituts :  Oui  Non

Pains ou céréales :  Oui  Non Laits et produits laitiers :  Oui  Non

Alimentation particulière : Prescrite ? Suivie ?

****

Bon appétit ? 

Heures des repas, lieux des repas, contexte des repas, quantité de liquide

****

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques

****

Habitudes alimentaires satisfaisantes pour l’usager ?  Oui  Non

Habitudes alimentaires satisfaisantes pour l’aidant ?  Oui  Non

1. **Dentition**

Type de dentition, difficultés éprouvées ou observations spécifiques

****

1. **Problème identifié** : Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Sommeil***

**Heure du réveil, heure du coucher, moment de la sieste**

****

**Difficultés éprouvées ou observations spécifiques**

****

Habitudes de sommeil satisfaisantes pour l’usager ?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Habitudes de sommeil satisfaisantes pour l’aidant?  Oui  Non Préciser : 

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique 

*** Consommation de tabac et autres substances***

1. **Consommation de tabac**

Aucune consommation  Consomme  En processus de cessation  Problématique antérieure

Type de consommation et nombre de consommations **OU** période de cessation et méthode de cessation****

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Habitude problématique pour l’usager ?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Habitude problématique pour l’aidant ?  Oui  Non Préciser : 

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



1. **Consommation d’alcool**

Aucune consommation  Consomme  En processus de cessation  Problématique antérieure

Type de consommation et nombre de consommations **OU** période de cessation et méthode de cessation

****

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Habitude problématique pour l’usager?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Habitude problématique pour l’aidant?  Oui  Non Préciser : 

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



1. **Consommation de drogue**

Aucune consommation  Consomme  En processus de cessation  Problématique antérieure

Type de consommation et nombre de consommations **OU** période de cessation et méthode de cessation

****

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Habitude problématique pour l’usager?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Habitude problématique pour l’aidant?  Oui  Non Préciser : 

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Activités personnelles et de loisirs***

1. **Activités personnelles et de loisirs**

**Nombre de jours où l’usager fait des activités physiques modérées au cours d’une semaine** : 

**Nombre de jours où l’usager fait de la marche d’un moins un trajet de 10 min au cours d’une semaine** : 

**Nbre de jours où l’usager fait du sport pendant au moins 10 min de façon continue au cours d’une semaine** : 

Type (s) d’activités personnelles et de loisirs, fréquence



Diminution significative ou cessation d'au moins une activité dans la dernière année ?  Oui  Non

Raison diminution/ cessation et précisions



Activité souhaitée ?  Oui  Non Préciser : 

Activités satisfaisantes pour l’usager?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Activités satisfaisantes pour l’aidant?  Oui  Non Préciser : 

1. **Occuper son temps libre- SMAF SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Identifie et choisit des activités et y participe de façon autonome | **-1.**  Doit être encouragé ou stimulé à choisir des activités ou à prendre part à des activités sociales ou récréatives :  Voir la liste. | **-2.**  Nécessite de l'aide afin d'identifier des activités ou d'y participer:  Voir la liste. | **-3.**  N'a plus la capacité d'identifier des activités et d'y prendre part OU Ne fait aucune activité: Voir la liste. |   **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

1. **Problème identifié/ Activités personnelles et de loisirs**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique 

**Activités de la vie quotidienne**

*** Se nourrir***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Se nourrit  seul | **-0.5** Se nourrit seul mais avec difficulté  Voir la liste. | **-1** Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable :  Voir la liste. | **-2** A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un : Voir la liste. | **-3** Doit être nourri entièrement par une autre personne :  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Assiette adaptée  Orthèse  Ustensiles adaptés  Mange avec ses mains  Minuteur  Napperon antidérapant  Couteau-guide adapté  Verre adapté  Niveau sonore pour les liquides Nappe  Paille  Ustensiles adaptés    **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires**     |  | | --- | |  | |

*** Se laver***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité Incapacité**  **Incapac**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 0. Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche et incluant les pieds et les cheveux) | **-0.5** Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche et incluant les pieds et les cheveux) mais avec difficulté:  Voir la liste. | **-1** Se lave seul, mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement (incluant pied et cheveux) :  Voir la liste. | **-2** A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne), mais participe activement:  Voir la liste. | **-3** Nécessite d'être lavé par une autre personne |   ***Éléments complémentaires*** :  Bain de tête  Brosse ou éponge à long manche  Fauteuil de transfert au bain  Poignée de bain  Siège abaisseur et releveur pour baignoire  Tabouret de bain/douche  Barre d'appui murale  Douche téléphone  Planche de transfert au bain  Shampooing sec  Tapis anti dérapant  Siège de douche stationnaire avec dossier   |  | | --- | | Couteau  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires**    **Fréquence de l’hygiène complète** :  **Fréquence de l’hygiène partielle** :  **Mode d’hygiène utilisé** :  Baignoire  Douche  Lit | |

*** S’habiller***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** S'habille seul | **-0.5** S'habille seul, mais avec difficulté:  Voir la liste. | **-1** S'habille seul, mais doit être stimulé OU a besoin d'une surveillance pour le faire OU on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements OU on doit apporter certaines touches finales:  Voir la liste. | **-2** Nécessite de l'aide pour s'habiller:  Voir la liste. | **-3** Doit être habillé par une autre personne |   ***Éléments complémentaires*** :  Bas de soutien  Cuillère à soulier  Enfile-bouton/tire-fermeture à glissière  Pince à long manche  Vêtements adaptés ou faciles à enfiler  Crochet d'habillement  Enfile-bas  Lacets élastiques  Pince de retenue pour pantalon   |  | | --- | | Couteau  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** | |

*** Entretenir sa personne***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Entretient sa personne seul | **-0.5** Entretient sa personne seul, mais avec difficulté | **-1** A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne:  Voir la liste. | **-2** A besoin d'une aide partielle pour entretenir sa personne:  Voir la liste. | **-3** Ne participe pas à l'entretien de sa personne |   ***Éléments complémentaires*** :  Brosse à dents électrique  Grossisseur de manche  Miroir grossissant  Rasoir manuel  Coupe-ongles adapté  Loupe  Rasoir électrique   |  | | --- | | Couteau **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** | |

*** Fonction vésicale***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Miction normale | **-1** Incontinence occasionnelle OU goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences :  Voir la liste. | **-2** Incontinence urinaire fréquente :  Voir la liste. | **-3** Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une sonde à demeure ou un condom urinaire :  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Pessaire  Produit d'incontinence (Nocturne)  Protège-dessous (Nocturne)  N'utilise pas de produit  d'incontinence, même si nécessaire (Nocturne)  Produit d'incontinence non adapté à sa situation (Nocturne)  Produit d'incontinence (Diurne)  Protège-dessous (Diurne)  N'utilise pas de produit d'incontinence, même si  nécessaire (Diurne)  Produit d'incontinence non adapté à sa situation (Diurne)   |  | | --- | | Couteau **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** | |

*** Fonction intestinale***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Défécation normale | **-1** Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel : Voir la liste. | **-2** Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier : Voir la liste. | **-3** Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une stomie :  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Produit d'incontinence (Diurne) Produit d'incontinence (Nocturne) Produit d'incontinence non adapté à sa situation (Diurne) Produit d'incontinence non adapté à sa situation (Nocturne) N'utilise pas de produit d'incontinence, même si nécessaire (Diurne) N'utilise pas de produit d'incontinence, même si nécessaire (Diurne)  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Utiliser les toilettes***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) | **-0.5** Utilise seul les toilettes (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever), mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine :  Voir la liste. | **-2** A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal :  Voir la liste. | **-3** N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal |   ***Éléments complémentaires*** :  Appuis sécuritaires à la toilette Barre d'appui murale Barre plafond-plancher Bidet Grenouillère  Pince à papier hygiénique Siège surélevé   |  | | --- | | Couteau  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** | |

**Mobilité**

***Transferts***



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Se lève, s'assoit et se couche seul | **-0.5** Se lève, s'assoit et se couche seul, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Se lève, s'assoit et se couche seul, mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements :  Voir la liste. | **-2** A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher :  Voir la liste. | **-3** Grabataire (doit être levé et couché en bloc) |   ***Éléments complémentaires*** :  Barre d'appui murale Barre plafond-plancher Ceinture de transfert Coussin autosouleveur Demi-côté de lit  Disque de transfertFauteuil autosouleveur Lève-personne Lit électrique Planche de transfert  Poignée de lit Positionnement particulier Releveur de couverture Trapèze de lit  **Handicap,**  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Marcher à l’intérieur***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) :  Voir la liste. | **-0.5** Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette), mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Circule seul , mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances ou démarche non sécuritaire :  Mauvaise utilisation de l'aide à la marche | **-2** A besoin de l'aide d'une autre personne :  Voir la liste. | **-3** Ne marche pas |   ***Éléments complémentaires*** :  Ambulateur Béquilles Béquilles canadiennes Canne Canne quadripode Canne simple Canne tripode Ceinture de marche Marchette Marchette à roulettes Demi-marchette Marchette fixe  Ski pour marchette Détecteur électronique d'obstacles   |  | | --- | | Couteau **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** | |

*** Installer prothèse ou orthèse***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse | **-1** Installe seul sa prothèse ou son orthèse | **-1.5** Installe seul sa prothèse ou son orthèse, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-2** A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle :  Voir la liste. | **-3** La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne |   ***Éléments complémentaires*** :  Attelle Chaussures adaptées  Collier cervical Corset rigide Corset souple  Orthèse membre supérieur  Orthèse membre inférieur Prothèse membre supérieur Prothèse membre inférieur  **Handicap,**  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Se déplacer en fauteuil roulant à l’intérieur***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** N'a pas besoin de fauteuil roulant pour se déplacer | **-1** Se déplace seul en fauteuil roulant | **-1.5** Se déplace seul en fauteuil roulant, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-2** Nécessite qu'une personne pousse le fauteuil roulant | **-3** Ne peut utiliser un fauteuil roulant (doit être transporté en civière) |   ***Éléments complémentaires*** :  Base roulante Fauteuil de transport  Fauteuil gériatrique Fauteuil roulant Fauteuil roulant à conduite unilatérale  Fauteuil à poussées dynamiques Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant motorisé Quadri-porteur Triporteur Positionnement particulier au fauteuil roulant  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Utiliser les escaliers***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Monte et descend les escaliers seul | **-0.5** Monte et descend les escaliers seuls, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Monte et descend les escaliers, mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire :  Voir la liste. | **-2** Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne :  Voir la liste. | **-3** N'utilise pas les escaliers |   ***Éléments complémentaires*** :  Béquilles Canne quadripode  Canne simple Canne tripode Chaise élévatrice  Main courante bilatérale  Main courante partielle Main courante unilatérale  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires**     |  | | --- | |  | |

*** Circuler à l’extérieur***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) :  Voir la liste. | **-0.5** Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette), mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadri-porteur OU circule seul en marchant, mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire :  Voir la liste. | **-1.5** Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadri-porteur, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-2** A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher OU utiliser un fauteuil roulant :  Voir la liste. | **-3** Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) :  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Ambulateur Base roulante  Béquilles Béquilles canadiennes Canne  Canne quadripode Canne simple  Canne tripode Pic à glace pour canne Ceinture de marche Crampons pour bottes Fauteuil de transport  Fauteuil roulantFauteuil roulant à conduite unilatérale Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant motorisé  Marchette Demi-marchette Marchette à roulettes Marchette fixe Pic à glace pour marchette Ski pour marchette Chien d'assistance à la motricité  **Handicap,**  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

**Communication**

*** Voir***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs  Voir la liste. | **-1** Troubles de vision, mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes | **-2** Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes | **-3** Aveugle |   ***Éléments complémentaires*** :  Afficheur braille Verres correcteurs Lentilles cornéennes  Canne blanche  Chien-guide  Écran grossisseur  Horloge/montre parlante Imprimante braille Logiciel pour grossir les textes avec mise en page imprimable Loupe  N'a pas les instruments optiques requis Ne pense pas à porter ses instruments optiques Refuse de porter ses instruments optiques Synthèse vocale Système optique télescopique ou microscopique  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Entendre***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Entend convenablement avec ou sans appareil auditif :  Voir la liste. | **-1** Entend ce qu'on lui dit à condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif : Voir la liste. | **-2** N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes :  Voir la liste. | **-**3 Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer : |   ***Éléments complémentaires*** :  Amplificateur de son Appareil auditif droit Appareil auditif gauche Détecteur adapté pour les pleurs de bébé  Détecteur visuel ou vibrotactile de sonnerie de porte ou de téléphone Incapable de changer la pile de son appareil  N'a pas l'appareillage requis  Ne pense pas à porter son appareil auditif  Refuse de porter son appareil auditif  Réveille-matin adapté  Télescripteur adapté et modem  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Parler***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Parle normalement | **-1** A une difficulté de langage, mais réussit à exprimer sa pensée  Voir la liste. | **-2** A une difficulté grave de langage, mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel  Voir la liste. | **-3** Ne communique pas  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Amplificateur avec clarification Amplificateur de voix Logiciel permettant de transcrire un texte en son  Ordinateur/tablette numérique Tableau de communication simple  Tableau de communication complexe  **Handicap,**  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires**    **Niveau de la compréhension et de l’expression écrite, langue de communication** |

**Fonctions mentales**

*** Mémoire***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Mémoire normale | **-1** Oublie des faits récents (noms de personne, rendez-vous, etc.), mais se souvient des faits importants | **-2** Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs, etc.) :  Voir la liste. | **-3** Amnésie quasi totale |   ***Éléments complémentaires*** :  Agenda Album photo Cahier des visites  Calendrier Pense-bête  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Orientation***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes | -1 Est quelques fois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes :  Voir la liste. | **-2** Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières :  Voir la liste. | **-3** Désorientation complète |   ***Éléments complémentaires*** :Agenda  Calendrier Horloge Indices de repérage Montre Cellulaire  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Compréhension***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 0. Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande | -1 Est lent à saisir des explications ou des demandes | -2 Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages :  Voir la liste. | -3 Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui |   ***Éléments complémentaires*** :Agenda Pictogramme Liste de tâches/séquences d'activités  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Jugement***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Évalue les situations et prend des décisions sensées | **-1** Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées | **-2** Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère : Voir la liste. | **-3** N'évalue pas les situations et une autre personne doit prendre les décisions à sa place |   ***Éléments complémentaires*** : Pictogramme Liste de tâches/séquences d'activités  **Handicap,**  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Comportement***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Comportement adéquat | **-1** Troubles de comportement mineurs qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation :  Voir la liste. | **-2** Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue : Voir la liste. | **-3** Dangereux , nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver :  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Bracelet anti-fugue Élimination des objets contondants Inscrite au registre des personnes errantes (porte un bracelet Sécu-Retour) Caméra de surveillance Portes codées ou unité fermée Système de contrôle à distance (ex. : détecteur de mouvement)  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

**Tâches domestiques**

*** Entretenir la maison***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Entretient seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) | **-0.5** Entretient seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels), mais avec difficulté | **-1** Entretient la maison (incluant laver la vaisselle), mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour ses travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.) : Voir la liste. | **-2** A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison :  Voir la liste. | **-3** N'entretient pas la maison |   ***Éléments complémentaires*** : Appareils légers Logiciel organisateur de tâches  Pince à long manche  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Préparer les repas***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Prépare seul ses repas | **-0.5** Prépare seul ses repas, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Prépare ses repas, mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable | **-2** Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats) : Voir la liste. | **-3** Ne prépare pas ses repas |   ***Éléments complémentaires*** :  Couteau-guide adapté Desserte  Logiciel organisateur de tâches-recettes Matériel antidérapant Mitaines longues Napperon antidérapant Niveau sonore liquide Ouvre-pot Pèse-aliments parlantPetit appareil à pile ou électrique Pince à long manche Planche à découper adaptée Ustensiles adaptés pour la cuisson ou la préparation de repas  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Faire les courses***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) | **-0.5** Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.), mais avec difficulté : Voir la liste. | **-1** Planifie et fait seul les courses, mais nécessite qu'on lui livre | **-2** A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses :  Voir la liste. | **-3** Ne fait pas les courses |   ***Éléments complémentaires*** :  Chariot de course Commande par Internet  Commande par téléphone  Porte-monnaie adapté  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Faire la lessive***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Fait toute la lessive seul | **-0.5** Fait toute la lessive seul, mais avec difficulté | **-1** Fait la lessive seul, mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable :  Voir la liste. | **-2** A besoin d'aide pour faire la lessive :  Voir la liste. | **-3** Ne fait pas la lessive |   ***Éléments complémentaires*** :  Desserte Pince à long manche  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Utiliser le téléphone***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) | **-0.5** Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin), mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** Répond au téléphone, mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence :  Voir la liste. | **-2** Parle au téléphone, mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur :  Voir la liste. | **-3** Ne se sert pas du téléphone :  Voir la liste. |   ***Éléments complémentaires*** :  Carnet personnel Cellulaire Détecteur visuel ou vibrotactile de sonnerie de téléphone Téléphone adapté  Téléphone sans fil  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Utiliser les moyens de transport***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.) | **-0.5** Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.), mais avec difficulté | **-1** Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté :  Voir la liste. | **-2** N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre :  Voir la liste. | **-3** Doit être transporté sur civière |   ***Éléments complémentaires*** :  Ceinture de transfert Disque de transfert  Harnais  Planche de transfert  Véhicule personnel adapté  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Prendre ses médicaments***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament :  Voir la liste. | **-0.5** Prend seul ses médicaments de façon adéquate, mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** A besoin de surveillance (incluant la surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne) :  Voir la liste. | **-2** Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement :  Voir la liste. | **-3** On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun |   ***Éléments complémentaires*** :  Broyeur de pilules Calendrier comme aide-mémoire  Coupe-pilules  Fiole de la pharmacie  Gobelet à médicaments Montre avec rappel Pilulier Pilulier scellé dans des alvéoles (ex. : *Dispill*)  Pilulier scellé dans ses sacs (ex. : *PillPack*) Pilulier électronique (alarme) Pilulier électronique (relié à une centrale)  **Handicap,**  **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

*** Gérer son budget***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **0.** Gère seul son budget (incluant gestion bancaire) | **-0.5** Gère seul son budget (incluant gestion bancaire), mais avec difficulté :  Voir la liste. | **-1** A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes :  Voir la liste. | **-2** A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes), mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet :  Voir la liste. | **-3** Ne gère pas son budget |   ***Éléments complémentaires*** :  Calculatrice Guide à chèque  Porte-monnaie adapté  Procuration notariée  Procuration bancaire  Conseiller au majeur  Curatelle privée  Curatelle publique Mandat d'inaptitude homologué  Mandat d'inaptitude non homologué  Procuration Tutelle privée Tutelle publique  **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

**Situation psychosociale**

*** Histoire sociale***

1. **Informations générales**

Occupation (actuelle et antérieure), état civil actuel et date (l’année est obligatoire), état civil antérieur



Situation de vie : Voir la liste.

Nombre d’années de scolarité :  Statut légal au Canada : Voir la liste. 

Événements importants et date de l’événement (abus, agression, adoption…)



1. **Accomplir des rôles sociaux significatifs et propres à sa situation - SMAF SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Comportement adéquat | **-1** N'accomplit pas un de ses rôles sociaux qu'elle désire maintenir ou réaliser ou nécessite encouragement et encadrement pour accomplir les rôles sociaux :  Voir la liste. | **-2** N'accomplit pas plusieurs de ses rôles sociaux qu'il (elle) désire maintenir ou réaliser OU nécessite de l'aide pour accomplir ses rôles sociaux qu'elle veut maintenir ou réaliser : Voir la liste. | **-3** N'accomplit plus aucun rôle social |   **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

1. **Problème identifié**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Réseau familial et social (incluant aidants principaux)***

1. **Informations générales**

Nombre d’enfants vivants, de frères et sœurs et petits-enfants



1. **Réseau familial**

***Si non présent*,** indiquer la raison d’absence du réseau : 

***Si présent***, indiquer s’il s’agit d’un :

Aidant principal  Autre aidant  Non aidant

Nom, prénom, âge, lien, lieu de résidence, type de contact, fréquence de contact



Type de relation :  Type de soutien social : 

Usager refuse qu’on communique avec l’aidant :   Oui  Non

Aidant depuis :  (l’année est obligatoire) Cohabite avec l’usager : Oui  Non

Statut social de l’aidant, état de son revenu, sa santé, fréquence qu’il prend soin de l’usager



Situation satisfaisante de l’aidant : Oui  Non

Perceptions de l’aidant et ses attentes



Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Dynamique familiale



1. **Réseau social**

***Si non présent*,** indiquer la raison d’absence du réseau : 

***Si présent***, indiquer s’il s’agit d’un :

Aidant principal  Autre aidant  Non aidant

Nom, prénom, âge, lien, lieu de résidence, type de contact, fréquence des contacts



Type de relation :  Type de soutien social : 

Usager refuse qu’on communique avec l’aidant : Oui  Non

Aidant depuis :  (l’année est obligatoire) Cohabite avec l’usager : Oui  Non

Statut social de l’aidant, état de son revenu, sa santé, fréquence qu’il prend soin de l’usager



Situation satisfaisante de l’aidant : Oui  Non

Perceptions de l’aidant et ses attentes



Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Dynamique du réseau social



1. **Agir de façon appropriée (respect, harmonie, politesse) dans ses relations avec les autres - SMAF SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Agit de façon appropriée avec les autres | **-1** Présente à l'occasion un manque de respect, de politesse ou d'harmonie nécessitant un reflet de son attitude :  Voir la liste. | **-2** Présente fréquemment des attitudes conflictuelles ou de non-respect dans ses relations avec les autres :  Voir la liste. | **-3** Agit toujours de façon non appropriée dans ses relations avec les autres OU n'a plus la capacité d'interagir avec les autres :  Voir la liste. |   **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

1. **Maintenir ou créer des liens significatifs avec sa famille, ses proches, ses amis et ses intervenants - SMAF SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** A des contacts significatifs avec son entourage | **-1** Doit être encouragé ou stimulé à créer ou maintenir des liens significatifs : Voir la liste. | **-2** N'entre plus par lui-même en relation avec son entourage : Voir la liste. | **-3** N'a plus de relations significatives avec son entourage |   **Handicap,**    **Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

1. **Informations sur la maltraitance**

Indice de maltraitance, précisions, rapporté ou observé par qui…



1. **Problème identifié/ Histoire sociale**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Où se situe le problème?Réseau familial Réseau social  Aidants principaux

Justification clinique



+

*** Ressources communautaires, publiques et privées***

**1- Informations générales**

Nom de la ressource, type de service, fréquence du service, si interaction problématique



Ressources satisfaisantes pour l’usager? Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Ressources satisfaisantes pour l’aidant? Oui  Non

**2- Utiliser les ressources de son milieu- SMAF SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacité**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Utilise les ressources de son réseau en temps opportun | **-1** A besoin d'être stimulé OU orienté à aller chercher les ressources de son réseau OU encadré :  Voir la liste. | **-2** A besoin d'aide pour utiliser les ressources de son réseau | **-3** Ne fait aucune démarche |   **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

1. **Problème identifié/ Ressources communautaires…**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** État affectif***

**Difficultés éprouvées ou observations spécifiques**



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Perception de l’usager***

**1- Informations générales**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Moyen utilisé pour maîtriser la situation actuelle



**2- Exprimer ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites- SMAF SOCIAL**

**Incapacité**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **0.** Exprime facilement ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites | **-1** Doit être stimulé ou encouragé à s'exprimer :  Voir la liste | **-2** A besoin d'aide pour s'exprimer :  Voir la liste | **-3** N'exprime plus ses désirs, ses idées, ses opinions ainsi que ses limites |   **Handicap, Handicap, Ressources, Stabilité de la ressource et Commentaires** |

**3- Problème identifié/ Perception de l’usager**

**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Vie intime, active et sexualité***

Présence de relation intime? Oui  Non  ***Si non***, souhait de vivre une relation intime? Oui  Non

Actif sexuellement? Oui  Non

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Croyances et valeurs significatives***

Valeurs et/ou croyances significatives, valeurs liées aux soins et services



Appartenance et pratiques religieuses ou spirituelles



Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



**Conditions économiques**

*** Capacité de faire face à ses obligations selon ses revenus actuels***

Revenu suffisant pour faire face aux obligations?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Source de revenu, programme financier, crédit d’impôt



Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



**Environnement physique**

*** Condition de logement***

Type du milieu de vie, nombre de pièces, statut de l’occupant, étage du logement



Nombre de marches pour l’escalier intérieur et l’escalier extérieur



Milieu de vie satisfaisant pour l’usager?  Oui  Non  N’a pas les capacités pour répondre

Milieu de vie satisfaisant pour l’aidant?  Oui  Non Préciser : 

Habite ce milieu de vie depuis :  (l’année et le mois sont obligatoires)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



Type du milieu de vie secondaire et fréquence de fréquentation



**Problème identifié ?**  Oui  Non  Oui, mais action entrepriseJustification clinique



*** Sécurité personnelle et environnementale***

Élément pouvant occasionner une chute



Évite de monter les escaliers OU de porter de petites charges dans les activités quotidiennes ?  Oui  Non

Risque de fugue et méthode pour éviter une fugue



Système pour la communication ou d’urgence, élément pour la sécurité incendie



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



*** Accessibilité***

Adaptation pour l’accessibilité du milieu de vie (ascenseur, rampe d’accès, plateforme élévatrice…)



Difficultés éprouvées ou observations spécifiques



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non

Justification clinique



 ***Proximité des services***

Service (s) difficilement accessible (s) et raison (s)



**Problème identifié ?** Oui  Oui, mais action entreprise  Non  Justification clinique

