**Direction Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées** **(SAPA)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’usager : |  |
| Numéro de dossier : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRIORITÉS** | **ORDRE** | **DÉLAIS****Maximum de traitement** |
| **1****URGENT** | [ ]  Maintien à domicile compromis ou risque de blessure (usager, aidant ou employé) sans l’aide technique (ex : lève-personne, fauteuil d’aisance) ;[ ]  RAD impossible ou éminence d’hospitalisation sans l’aide technique (ex : lit d’hôpital et soins au lit requis) ;[ ]  Aide technique requise pour l’exécution d’un transfert essentiel et quotidien[ ]  Aide technique recommandée à l’intérieur d’une politique de décontention (ex : tapis anti chute) ;[ ]  Surface curative requise pour plaie de pression (stade 3 ou 4). | **3 jours** |
| **2** | [ ]  Capacité de répondre aux besoins primaires (ex : transferts non autonome essentiels) compromis sans l’aide technique (ex : barre de lit, fauteuil d’aisance) ;[ ]  Chutes répétitives sans l’aide technique (ex : marchette sans RAMQ) ;[ ]  Aide technique requise pour sécuriser les comportements d’une personne atteinte de troubles neurocognitifs (ex : moniteur de mobilité, système anti-fugue) ;[ ]  Surface curative ou préventive requise pour plaie de stade 1 et 2 ou risque élevé de développer une plaie de pression selon échelle de Braden ;[ ]  Aide technique requise pour l’hygiène quotidienne ;[ ]  DP – DI – TSA : Aide technique requise pour une activité de participation sociale essentielle (travail, garderie, école etc.). | **14 jours** |
| **3** | [ ]  Facilitation de l’accomplissement d’AVQ avec l’aide technique (transferts essentiels difficiles ex : lit d’hôpital sans soins au lit, barre plafond plancher pour faciliter les transferts essentiels) ;[ ]  Aide technique requise pour améliorer la sécurité ou l’autonomie à l’hygiène complète (ex : banc de transfert au bain) ;[ ]  Aide technique requise pour améliorer le confort (ex : sur matelas pour diminuer la douleur et l’inconfort) ;[ ]  DP – DI – TSA : Aide technique requise pour une activité de participation sociale régulière mais occasionnelle (loisirs, bénévolat, etc.).  | **3 mois** |
| **4** | [ ]  Capacité de faire les AVD ou activités occasionnelles compromises sans l’aide technique ;[ ]  Remplacement d’une aide technique désuète ou moins performante (ex : changement ou adaptation d’une chaise d’aisance pour permettre la diminution de transfert ou améliorer le confort) ;[ ]  Aide technique requise pour améliorer la sécurité dans les déplacements à l’extérieur non-prioritaire (ex : loisir).  | **6 mois** **à 1 an** |

**GRILLE DE PRIORISATION AIDES-TECHNIQUES (achat ou prêt)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’intervenant(e) : |  |  |  |
| Signature de l’intervenant(e) : |  | Date : |  |