



CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU
DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE



CTMSP

CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU
DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

La section 4 ..Données complémentaires..

La section 3 ..Maladies ou problèmes de santé..

La section 2 ..Situation actuelle..

La section 1 ..Identification..

Remarque : Si l'espace prévu pour inscrire la réponse n'est pas suffisant, le médecin est invité à utiliser une feuille supplémentaire qu'il joindra au présent formulaire. Cette remarque s'applique à toutes les sections du formulaire.

MINI-CODE

5- ÉVALUATION SOMMAIRE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Cette section est de toute première importance.

Elle fournit des éléments déterminants quant à l'orientation du bénéficiaire vers le programme (à domicile ou autre) le plus approprié compte tenu de ses besoins. Elaborer en regard de chacun des aspects ci-après en établissant la relation avec les maladies et problèmes de santé (étiologie, interventions, pronostic) identifiés.

MOBILITÉ PHYSIQUE (*Transfert, déplacement, escalier, endurance, compensations, chute, etc.*) et A.V.Q. (*se laver, se vêtir, se nourrir etc.*)

INCONTINENCE VÉSICALE (*Fréquence, transitoire ou permanente, type: regorgement, effort, réflexe*)

INCONTINENCE ANALE (*Fréquence, transitoire ou permanente.*)

CAPACITÉ DE COMMUNICATION (*Préciser le diagnostic associé au handicap*)

Vue:

Ouïe:

Parole:

FONCTIONS MENTALES

Cognitives (orientation, mémoire, jugement, concentration, compréhension):

Affectives (humeurs, émotions, volonté, etc.)

COMPORTEMENT (*agressivité, violence, tendance à la fugue, exhibitionnisme, etc...*)

5- ÉVALUATION SOMMAIRE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Cette section est de toute première importance.

Elle fournit des éléments déterminants quant à l'orientation du bénéficiaire vers le programme (à domicile ou autre) le plus approprié compte tenu de ses besoins. Élaborer en regard de chacun des aspects ci-après en établissant la relation avec les maladies et problèmes de santé (étiologie, interventions, pronostic) identifiés.

MOBILITÉ PHYSIQUE (*Transfert, déplacement, escalier, endurance, compensations, chute, etc.*) et A.V.Q. (*se laver, se vêtir, se nourrir etc.*)

INCONTINENCE VÉSICALE (*Fréquence, transitoire ou permanente, type: regorgement, effort, réflexe*)

INCONTINENCE ANALE (*Fréquence, transitoire ou permanente.*)

CAPACITÉ DE COMMUNICATION (*Préciser le diagnostic associé au handicap*)

Vue:

Ouïe:

Parole:

FONCTIONS MENTALES

Cognitives (*orientation, mémoire, jugement, concentration, compréhension*):

Affectives (*humeurs, émotions, volonté, etc.*)

COMPORTEMENT (*agressivité, violence, tendance à la fugue, exhibitionnisme, etc...*)

8- PRONOSTIC

Le bénéficiaire présente un état... } **bio-** stable instable
psycho- stable instable
social stable instable

Établir votre pronostic quant à l'évolution de son état bio-psycho-social.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9- OPINION DU MÉDECIN QUANT À L'ORIENTATION DU BÉNÉFICIAIRE

Considérant la situation actuelle du bénéficiaire (*état de santé, conditions de vie, etc.*) quel serait, selon vous, le type de services le plus apte à répondre aux besoins de celui-ci?

- maintien (*retour*) à domicile (*centre de jour, hôpital de jour, soins/services à domicile, hébergement temporaire*)
- ressources intermédiaires (*famille d'accueil, pavillon...*)
- ressources institutionnelles (*CHSLD, CAH, CHSCD...*)

➔ Détaillez le type de services et à quelle(s) condition(s):

.....

.....

.....

.....

10- AUTRE INFORMATION JUGÉE IMPORTANTE OU RECOMMANDATION(S) PARTICULIÈRE(S) DU MÉDECIN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous le médecin traitant du bénéficiaire? oui non Depuis combien de temps le connaissez-vous? _____

Possédez-vous, pour réaliser votre évaluation, les informations médicales nécessaire? oui non

_____ Signature du médecin _____ Date

11- AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE

J'autorise le médecin _____ à fournir les renseignements contenus
Nom
dans le présent formulaire aux personnes responsables de l'étude de ma demande de services.

_____ (EN CAS D'INCAPACITÉ) _____
Signature du bénéficiaire Signature de la personne légalement autorisée Titre

_____ Témoin à la signature

_____ Date de l'autorisation

8- PRONOSTIC

Le bénéficiaire présente un état... } **bio-** stable instable
psycho- stable instable
social stable instable

Établir votre pronostic quant à l'évolution de son état bio-psycho-social.

.....

.....

.....

.....

.....

9- OPINION DU MÉDECIN QUANT À L'ORIENTATION DU BÉNÉFICIAIRE

Considérant la situation actuelle du bénéficiaire (*état de santé, conditions de vie, etc.*) quel serait, selon vous, le type de services le plus apte à répondre aux besoins de celui-ci?

- maintien (*retour*) à domicile (*centre de jour, hôpital de jour, soins/services à domicile, hébergement temporaire*)
- ressources intermédiaires (*famille d'accueil, pavillon...*)
- ressources institutionnelles (*CHSLD, CAH, CHSCD...*)

➔ Détaillez le type de services et à quelle(s) condition(s):

.....

.....

.....

10- AUTRE INFORMATION JUGÉE IMPORTANTE OU RECOMMANDATION(S) PARTICULIÈRE(S) DU MÉDECIN

.....

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous le médecin traitant du bénéficiaire? oui non Depuis combien de temps le connaissez-vous? _____

Possédez-vous, pour réaliser votre évaluation, les informations médicales nécessaire? oui non

_____ Signature du médecin _____ Date

11- AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE

J'autorise le médecin _____ à fournir les renseignements contenus
Nom
 dans le présent formulaire aux personnes responsables de l'étude de ma demande de services.

_____ (EN CAS D'INCAPACITÉ) _____
Signature du bénéficiaire Signature de la personne légalement autorisée Titre

_____ Témoin à la signature

_____ Date de l'autorisation