



DT9050

Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

Date de l'évaluation	Évaluation n°

ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE MULTICLIENTÈLE

ÉTAT DE SANTÉ

1. HISTOIRE DE SANTÉ PERSONNELLE ET FAMILIALE, ET DIAGNOSTICS ACTUELS
(maladies physiques et mentales – incluant maladies ou problèmes chroniques ou stabilisés –, anomalies congénitales, hospitalisations, chirurgies, traumatismes)

Allergies (médicament, alimentation, environnement) : _____

2. SANTÉ PHYSIQUE

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques	Non	Oui
• Fonction digestive (douleur, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, gaz, dysphagie, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonction respiratoire (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonction cardiovasculaire (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonction génito-urinaire (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonction motrice (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblements, équilibre, endurance physique, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fonction sensorielle : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Condition de la peau (plaie, rougeur, œdème, écoulement, etc.) Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres informations Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille : _____ Poids : _____ Gain ou perte de poids : _____ Si pertinent : _____ T.A. _____ Pouls _____ Resp. _____ T° _____

Commentaires : _____

Problème identifié Non — N

Oui — O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager – Proche – Évaluateur

Problème

6. SERVICES DE SANTÉ (services médicaux, réadaptation, médecine douce, psychologie, podiatrie, etc.)Suivi médical régulier : Non Oui

Médecin de famille : _____

Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	Courriel
-----------	-----------------	-------------	-----------	-------------------	----------

Médecin spécialiste : _____

Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	Courriel
-----------	-----------------	-------------	-----------	-------------------	----------

Médecin spécialiste : _____

Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	Courriel
-----------	-----------------	-------------	-----------	-------------------	----------

Autre : _____

Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	Courriel
-----------	-----------------	-------------	-----------	-------------------	----------

Commentaires (préciser les services requis non comblés) : _____

Problème identifié Non — N

Oui — O

HABITUDES DE VIE**1. ALIMENTATION****Régime alimentaire quotidien :**Lait et produits laitiers : Oui NonViande et substituts : Oui NonFruits et légumes : Oui NonPain et céréales : Oui Non

Quantité de liquide : _____ tasses ou verres

Diète : Non Oui, préciser : _____Prescrite : Oui NonSuivie : Oui NonAlimentation pour dysphagique : Oui Non**Autres observations** (heure et endroit des repas, mange avec qui, appétit, etc.) :Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non Oui, préciser : _____

Actuellement, les habitudes alimentaires sont satisfaisantes pour l'usager : Oui Non**Dentition** (douleur, difficulté à mastiquer, prothèse, etc.) :Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non Oui, préciser : _____

Commentaires : _____

Problème identifié Non — N

Oui — O

2. SOMMEIL (insomnie, se lève et pourquoi, peur, agitation, médicament, heures du lever et du coucher, sieste, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____
 Oui, préciser : _____

Actuellement, les habitudes de sommeil sont satisfaisantes pour l'utilisateur : Oui Non

Commentaires : _____

Problème identifié Non — N
 Oui — O

3. CONSOMMATION DE TABAC (genre de consommation, quantité, surveillance à apporter, motivation à cesser de fumer, etc.)

Fume : Non _____
 Oui, préciser : _____

Actuellement, cette habitude pose un problème pour l'utilisateur : Oui Non

Commentaires : _____

Problème identifié Non — N
 Oui — O

4. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE (odeur éthylique, indicateurs extérieurs, genre de consommation, quantité, fréquence, surveillance à apporter, motivation à changer d'habitude, etc.)

Consomme de l'alcool ou de la drogue : Non _____
 Oui, préciser : _____

Actuellement, cette habitude pose un problème pour l'utilisateur : Oui Non

Commentaires : _____

Problème identifié Non — N
 Oui — O

5. ACTIVITÉS PERSONNELLES ET DE LOISIRS (intégration au travail, aux études ou aux loisirs, activités usuelles, activités souhaitées, empêchements, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____
 Oui, préciser : _____

Actuellement, les activités personnelles et de loisirs sont satisfaisantes pour l'utilisateur : Oui Non

Commentaires : _____

Problème identifié Non — N
 Oui — O

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)	
1. SE NOURRIR	
<p>0 Se nourrit seul _____ [-0,5 Avec difficulté]</p> <p>-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</p> <p>-2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p>-3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie</p> <p><input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____	
2. SE LAVER	
<p>0 Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche) _____ [-0,5 Avec difficulté]</p> <p>-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 pieds et cheveux)</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement</p> <p>-3 Nécessite d'être lavé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (habitudes et fréquence : bain, douche et lavage des cheveux, équipement utilisé, aide pour les transferts, etc.) : _____	
3. S'HABILLER (toutes saisons)	
<p>0 S'habille seul _____ [-0,5 Avec difficulté]</p> <p>-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 (boutons, lacets, bas de soutien)</p> <p>-2 Nécessite de l'aide pour s'habiller</p> <p>-3 Doit être habillé par une autre personne</p> <p><input type="checkbox"/> bas de soutien</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (tenue vestimentaire habituelle, aide technique utilisée, etc.) : _____	

* **Ressources** : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ **Stabilité** : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
4. ENTRETENIR SA PERSONNE (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller)			
0	Entretient sa personne seul		
	-0,5 Avec difficulté		
-1	A besoin de stimulation OU nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	A besoin d'une aide partielle pour entretenir sa personne	<input type="checkbox"/> Oui	-1
-3	Ne participe pas à l'entretien de sa personne	<input type="checkbox"/> Non	-2
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-3
Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____			

5. FONCTION VÉSICALE			
0	Miction normale		
-1	Incontinence occasionnelle OU en goutte à goutte OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Incontinence urinaire fréquente	<input type="checkbox"/> Oui	-1
-3	Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure ou un condom urinaire	<input type="checkbox"/> Non	-2
	<input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="radio"/> incontinence nocturne <input type="checkbox"/> condom urinaire <input type="radio"/> incontinence diurne <input type="checkbox"/> sonde à demeure	Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-3
Commentaires : _____			

6. FONCTION INTESTINALE			
0	Défécation normale		
-1	Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Incontinence fécale fréquente OU nécessite un lavement évacuant régulier	<input type="checkbox"/> Oui	-1
-3	Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie	<input type="checkbox"/> Non	-2
	<input type="checkbox"/> culotte d'incontinence <input type="radio"/> incontinence nocturne <input type="checkbox"/> stomie <input type="radio"/> incontinence diurne	Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-3
Commentaires : _____			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
7. UTILISER LES TOILETTES	
<p>0 Utilise seul les toilettes _____ (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une baignoire</p> <p>-2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal</p> <p>-3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal <input type="checkbox"/> chaise d'aisance <input type="checkbox"/> baignoire <input type="checkbox"/> urinal</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (fréquence, équipement utilisé, aide de combien de personnes, etc.) : _____	
B. MOBILITÉ	
1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)	
<p>0 Se lève, s'assoit et se couche seul _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements préciser : _____</p> <p>-2 A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher préciser : _____</p> <p>-3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc) <input type="checkbox"/> positionnement particulier <input type="checkbox"/> lève-personne <input type="checkbox"/> planche de transfert</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (aide de combien de personnes, mobilité au lit, précision du positionnement, etc.) : _____	
2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur) ¹	
<p>0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire</p> <p>-2 A besoin de l'aide d'une autre personne</p> <p>-3 Ne marche pas <input type="checkbox"/> canne simple <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> quadripode <input type="checkbox"/> marchette</p> <p>¹ Distance d'au moins 10 mètres</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____	

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE			
0	Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse		
-1	Installe seul sa prothèse ou son orthèse -1,5 Avec difficulté	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0
-2	A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle		-1
-3	La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse : _____		-2 -3
Commentaires : _____			
4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR			
0	N'a pas besoin de fauteuil roulant pour se déplacer		
-1	Se déplace seul en fauteuil roulant -1,5 Avec difficulté	<ul style="list-style-type: none"> Le logement où habite l'utilisateur permet la circulation en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0
-2	Nécessite qu'une personne pousse le fauteuil roulant		-1
-3	Ne peut utiliser un fauteuil roulant (doit être transporté en civière) <input type="checkbox"/> fauteuil roulant simple <input type="checkbox"/> fauteuil roulant à conduite unilatérale <input type="checkbox"/> fauteuil roulant motorisé <input type="checkbox"/> triporteur <input type="checkbox"/> quadriporteur		-2 -3
Commentaires : _____			
5. UTILISER LES ESCALIERS			
0	Monte et descend les escaliers seul -0,5 Avec difficulté	L'utilisateur doit utiliser un escalier <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0
-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		-1
-2	Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne		-2 -3
-3	N'utilise pas les escaliers		
Commentaires : _____			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR			
0	Circule seul en marchant _____ (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) ² -0,5 Avec difficulté	** L'environnement extérieur où habite l'utilisateur permet l'accès et la circulation en fauteuil roulant ou triporteur/quadrporteur <input type="checkbox"/> Oui _____ → 0 <input type="checkbox"/> Non → Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3 + •
-1	Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadrporteur ** -1,5 F.R. avec difficulté OU circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire ²		
-2	A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher ² OU utiliser un fauteuil roulant **		
-3	Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) ² Distance d'au moins 20 mètres		
Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____			
C. COMMUNICATION			
1. VOIR			
0	Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs _____	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3 + •
-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 <input type="checkbox"/> verres correcteurs <input type="checkbox"/> loupe		
Commentaires (quel œil, par exemple) : _____			
2. ENTENDRE			
0	Entend convenablement avec ou sans appareil auditif _____	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3 + •
-1	Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif		
-2	N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes		
-3	Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer <input type="checkbox"/> appareil auditif		
Commentaires (quelle oreille, dispositif installé sur le téléphone et autre aide technique, etc.) : _____			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
3. PARLER			
0	Parle normalement		
-1	A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-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		-1
-3	Ne communique pas Aide technique : <input type="checkbox"/> ordinateur <input type="checkbox"/> tableau de communication		-2 -3
Commentaires (type de compensation, par exemple) : _____ _____			
Compréhension et expression écrite : _____ _____			
D. FONCTIONS MENTALES			
Pour chaque élément, préciser depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité			
1. MÉMOIRE			
0	Mémoire normale		
-1	Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-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.)		-1
-3	Amnésie quasi totale		-2 -3
Commentaires : _____ _____			
2. ORIENTATION			
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	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-2	Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières		-1
-3	Désorientation complète		-2 -3
Commentaires : _____ _____			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité			
3. COMPRÉHENSION			
0	Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Est lent à saisir des explications ou des demandes		-1
-2	Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages		-2
-3	Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui		-3
Commentaires : _____			
4. JUGEMENT			
0	Évalue les situations et prend des décisions sensées	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées		-1
-2	Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère		-2
-3	N'évalue pas les situations et une autre personne doit prendre les décisions à sa place		-3
Commentaires : _____			
5. COMPORTEMENT			
0	Comportement adéquat	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation		-1
-2	Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)		-2
-3	Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver		-3
Commentaires : _____			

* Ressources : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.
 ■ Stabilité : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
E. TÂCHES DOMESTIQUES (activités de la vie domestique)	
1. ENTRETENIR LA MAISON	
<p>0 Entretien seul la maison _____ (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Entretien la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.)</p> <p>-2 A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison</p> <p>-3 N'entretient pas la maison</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires : _____	
2. PRÉPARER LES REPAS	
<p>0 Prépare seul ses repas _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable</p> <p>-2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)</p> <p>-3 Ne prépare pas ses repas</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires : _____	
3. FAIRE LES COURSES	
<p>0 Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre</p> <p>-2 A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses</p> <p>-3 Ne fait pas les courses</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Commentaires (préciser les activités pour lesquelles l'utilisateur a une incapacité) : _____	

* **Ressources** : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ **Stabilité** : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ		HANDICAP	
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité			
4. FAIRE LA LESSIVE			
<p>0 Fait toute la lessive seul _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable</p> <p>-2 A besoin d'aide pour faire la lessive</p> <p>-3 Ne fait pas la lessive</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		<p>0 -</p> <p>+</p> <p>-1 •</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
Commentaires : _____			
5. UTILISER LE TÉLÉPHONE			
<p>0 Se sert seul du téléphone _____ (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence</p> <p>-2 Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur</p> <p>-3 Ne se sert pas du téléphone</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		<p>0 -</p> <p>+</p> <p>-1 •</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
Commentaires (appareil spécial, par exemple) : _____			
6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT			
<p>0 Utilise seul un moyen de transport _____ (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.) -0,5 Avec difficulté</p> <p>-1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté</p> <p>-2 N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre</p> <p>-3 Doit être transporté sur civière</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		<p>0 -</p> <p>+</p> <p>-1 •</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
Commentaires : _____			

* **Ressources** : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.

■ **Stabilité** : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

INCAPACITÉ	HANDICAP
Préciser, s'il y a lieu, la cause, la déficience responsable de l'incapacité et la réaction de l'utilisateur à cette incapacité	
7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS	
<p>0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament</p> <p>-0,5 Avec difficulté</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>-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)</p>	
<p>-2 Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement</p>	
<p>-3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun</p> <p><input type="checkbox"/> pilulier</p>	
<p>Commentaires : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
8. GÉRER SON BUDGET	
<p>0 Gère seul son budget (incluant gestion bancaire)</p> <p>-0,5 Avec difficulté</p>	<p>Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>-1 A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes</p>	
<p>-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</p>	
<p>-3 Ne gère pas son budget</p>	
<p>Commentaires (procuration bancaire, par exemple) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

* **Ressources** : 0. Usager lui-même, 1. Famille, 2. Voisin, 3. Employé(e), 4. Auxiliaire familial(e), 5. Infirmier(ère), 6. Bénévole, 7. Autre, 8. Préposé.
 ■ **Stabilité** : dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : diminuent, augmentent, restent stables ou ne s'applique pas.

SITUATION PSYCHOSOCIALE**1. HISTOIRE SOCIALE** (occupation, mariage, divorce, deuil, scolarité, immigration, déménagement, autres événements importants, etc.)

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O**2. MILIEU FAMILIAL****Composition de la famille** (âge, sexe, lieu de résidence ou génogramme) : _____

Dynamique familiale (interactions de l'usager avec sa famille et des membres de la famille entre eux ; satisfaction de l'usager au regard de sa situation familiale ; comment la famille réagit ou est affectée par la situation de l'usager ; indices d'abus, de violence ou de négligence, etc.) :

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O**3. AIDANTS PRINCIPAUX** (implication, épuisement, perception de leur situation, attentes, volonté de s'impliquer, etc.)

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur****Problème****4. RÉSEAU SOCIAL** (incluant le milieu scolaire et le milieu de travail)**Personnes significatives** (amis, voisins, collègues, enseignants, etc.) : _____

Dynamique des relations (interaction de l'utilisateur avec les membres de son réseau social ; satisfaction de l'utilisateur au regard de ses relations avec les membres de ce réseau ; comment les membres de ce réseau réagissent ou sont affectés par la situation de l'utilisateur ; indices d'abus, de violence ou de négligence, etc.) :

Commentaires : _____

 Problème
 identifié

Non	<input type="checkbox"/>	N
Oui	<input type="checkbox"/>	O

5. RESSOURCES COMMUNAUTAIRES, PUBLIQUES ET PRIVÉES (bénévoles, associations, centre de jour, transport adapté, services inscrits dans le bail, etc.)

Préciser le type de services, la fréquence de ces services, les interactions de l'utilisateur avec ces ressources : _____

Commentaires (services requis non comblés) : _____

 Problème
 identifié

Non	<input type="checkbox"/>	N
Oui	<input type="checkbox"/>	O

6. ÉTAT AFFECTIF (humeur, estime de soi, sentiment d'utilité ou de solitude, anxiété, etc.)

Commentaires : _____

 Problème
 identifié

Non	<input type="checkbox"/>	N
Oui	<input type="checkbox"/>	O

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : Usager – Proche – Évaluateur

Problème

7. PERCEPTION DE L'USAGER (comment il perçoit sa situation, y réagit ou s'y adapte, motivation, solutions envisagées, etc.)

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O**8. SEXUALITÉ (satisfaction de l'utilisateur, préoccupation, comportement socialement inacceptable, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____
 Oui, préciser : _____

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O**9. CROYANCES ET VALEURS PERSONNELLES, CULTURELLES ET SPIRITUELLES (expression, par exemple)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____
 Oui, préciser : _____

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O**CONDITIONS ÉCONOMIQUES****CAPACITÉ DE FAIRE FACE À SES OBLIGATIONS SELON SES REVENUS ACTUELS (loyer, nourriture, habillement, médicaments, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____
 Oui, préciser : _____

Est-ce que l'utilisateur bénéficie d'un des programmes suivants : supplément de revenu garanti,
régime de rentes du Québec, programme d'accès au logis, rente d'invalidité, sécurité du revenu,
allocation familiale spéciale, autre : Non Oui

Si oui, préciser : _____

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

1. CONDITIONS DU LOGEMENT (salubrité, espace, satisfaction, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____ Oui, préciser : _____

 Propriétaire Locataire Pensionnaire Adresse inconnue Habite ce logement depuis : _____

Logement situé au : _____ étage Nombre de pièces : _____

Accès : ascenseur escalier intérieur, nombre de marches _____ escalier extérieur, nombre de marches _____

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O

2. SÉCURITÉ PERSONNELLE ET ENVIRONNEMENTALE (risque de chute, incendie, fugue, système téléphonique d'urgence, avertisseurs lumineux, télésurveillance, système de contrôle à distance, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____ Oui, préciser : _____

Commentaires (besoins non comblés) : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O

3. ACCESSIBILITÉ (barrières architecturales, emplacement des appareils, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____ Oui, préciser : _____

Commentaires (besoins non comblés) : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O

4. PROXIMITÉ DES SERVICES (épicerie, banque, église, buanderie, etc.)

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques : Non _____ Oui, préciser : _____

Commentaires : _____

Problème
identifiéNon — NOui — O

