

---

Ce fichier est fourni pour une utilisation  
en mode « lecture seulement ».

Ce formulaire fait partie de l'Outil d'évaluation Multiclientèle  
et il est protégé par le copyright inscrit sur la première page.

Seul le ministère de la Santé et des Services sociaux  
peut modifier ce formulaire  
dans le cadre des dispositions prévues  
aux ententes signées avec les auteurs.

---

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

Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur****Problème****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.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fonction **respiratoire** (douleur, toux, expectorations, difficultés respiratoires, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fonction **cardiovasculaire** (douleur, palpitations, stimulateur cardiaque, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fonction **génito-urinaire** (douleur, problème urinaire, problème gynécologique ou génital, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fonction **motrice** (douleur, déformation, limitation des mouvements, force, coordination, tremblements, équilibre, endurance physique, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fonction **sensorielle** : yeux, oreilles, nez, bouche, toucher (douleur, écoulement, inflammation, sensibilité, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Condition de la **peau** (plaie, rougeur, œdème, écoulement, etc.)  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Autres informations  Non     Oui  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Gain ou perte de poids : \_\_\_\_\_ Si pertinent : \_\_\_\_\_  
T.A.    Puls    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  Non Viande et substituts :  Oui  NonFruits et légumes :  Oui  Non Pain et céréales :  Oui  Non

Quantité de liquide : \_\_\_\_\_ tasses ou verres

Diète :  Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_Prescrite :  Oui  Non Suivie :  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

0

Se nourrit seul

-0,5 Avec difficulté

-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

-2

A besoin d'une aide partielle pour se nourrir  
OU qu'on lui présente les plats un à un

-3

Doit être nourri entièrement par une autre personne  
OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie sonde naso-gastrique  gastrostomieActuellement, l'utilisateur a les ressources humaines  
(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui NonRessources\* :   

0

-1

-2

-3

Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : \_\_\_\_\_

## 2. SE LAVER

0

Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche)

-0,5 Avec difficulté

-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)

-2

A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne)  
mais participe activement

-3

Nécessite d'être lavé par une autre personne

Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines  
(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui NonRessources\* :   

0

-1

-2

-3

Commentaires (habitudes et fréquence : bain, douche et lavage des cheveux, équipement utilisé, aide pour les transferts, etc.) : \_\_\_\_\_

## 3. S'HABILLER (toutes saisons)

0

S'habille seul

-0,5 Avec difficulté

-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)

-2

Nécessite de l'aide pour s'habiller

-3

Doit être habillé par une autre personne

 bas de soutienActuellement, l'utilisateur a les ressources humaines  
(aide ou surveillance) pour combler cette incapacité Oui NonRessources\* :   

0

-1

-2

-3

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'usager à cette incapacité			
<b>4. ENTRETENIR SA PERSONNE (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller)</b>			
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'usager 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	+ -
-3	Ne participe pas à l'entretien de sa personne	<input type="checkbox"/> Non	• -1 -2 -3
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____			
_____			
_____			
<b>5. FONCTION VÉSICALE</b>			
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'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Incontinence urinaire fréquente	<input type="checkbox"/> Oui	+ -
-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	• -1 -2 -3
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Commentaires : _____			
_____			
_____			
<b>6. FONCTION INTESTINALE</b>			
0	Défécation normale		
-1	Incontinence fécale occasionnelle OU nécessite un lavement évacuant occasionnel	Actuellement, l'usager 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	+ -
-3	Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une culotte d'incontinence ou une stomie	<input type="checkbox"/> Non	• -1 -2 -3
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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			
<b>7. UTILISER LES TOILETTES</b>			
0	Utilise seul les toilettes _____ (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever) -0,5 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
-1	Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes OU utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une baignoire		-1
-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		-2
-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		-3
Commentaires (fréquence, équipement utilisé, aide de combien de personnes, etc.) : _____ _____ _____			
<b>B. MOBILITÉ</b>			
<b>1. TRANSFERTS (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)</b>			
0	Se lève, s'assoit et se couche seul _____ -0,5 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
-1	Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements préciser : _____		-1
-2	A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher préciser : _____		-2
-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		-3
Commentaires (aide de combien de personnes, mobilité au lit, précision du positionnement, etc.) : _____ _____ _____			
<b>2. MARCHER À L'INTÉRIEUR (incluant dans l'immeuble et se rendre à l'ascenseur) <sup>1</sup></b>			
0	Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) _____ -0,5 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
-1	Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire		-1
-2	A besoin de l'aide d'une autre personne		-2
-3	Ne marche pas <input type="checkbox"/> canne simple <input type="checkbox"/> tripode <input type="checkbox"/> quadripode <input type="checkbox"/> marchette		-3
<sup>1</sup> Distance d'au moins 10 mètres			
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	
<b>3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE</b>	
<p><b>0</b> Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse _____</p> <p><b>-1</b> Installe seul sa prothèse ou son orthèse -1,5 Avec difficulté</p> <p><b>-2</b> A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle</p> <p><b>-3</b> La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne Type de prothèse ou d'orthèse : _____</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 : _____	
<b>4. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR</b>	
<p><b>0</b> N'a pas besoin de fauteuil roulant pour se déplacer _____</p> <p><b>-1</b> Se déplace seul en fauteuil roulant -1,5 Avec difficulté</p> <p><b>-2</b> Nécessite qu'une personne pousse le fauteuil roulant</p> <p><b>-3</b> Ne peut utiliser un fauteuil roulant (doit être transporté en civière)</p> <p><input type="checkbox"/> fauteuil roulant simple</p> <p><input type="checkbox"/> fauteuil roulant à conduite unilatérale</p> <p><input type="checkbox"/> fauteuil roulant motorisé</p> <p><input type="checkbox"/> triporteur</p> <p><input type="checkbox"/> quadriporteur</p>	<p>• Le logement où habite l'utilisateur permet la circulation en fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</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 : _____	
<b>5. UTILISER LES ESCALIERS</b>	
<p><b>0</b> Monte et descend les escaliers seul _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire</p> <p><b>-2</b> Monte et descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne</p> <p><b>-3</b> N'utilise pas les escaliers</p>	<p>L'utilisateur doit utiliser un escalier</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</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 : _____	

\* 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			
<b>6. CIRCULER À L'EXTÉRIEUR</b>			
0	Circule seul en marchant _____ (avec ou sans canne, prothèse, orthèse, marchette) <sup>2</sup> <input type="text" value="-0,5"/> Avec difficulté	** L'environnement extérieur où habite l'utilisateur permet l'accès et la circulation en fauteuil roulant ou triporteur/quadriporteur <input type="checkbox"/> Oui _____ → <input type="text" value="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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="-1"/> <input type="text" value="-2"/> <input type="text" value="-3"/>
-1	Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadriporteur ** ↓ <input type="text" value="-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 <sup>2</sup>		
-2	A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher <sup>2</sup> OU utiliser un fauteuil roulant **		
-3	Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière)  <sup>2</sup> Distance d'au moins 20 mètres		
Commentaires (aire de déplacement, par exemple) : _____ _____ _____			
<b>C. COMMUNICATION</b>			
<b>1. VOIR</b>			
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="text" value="0"/> <input type="checkbox"/> Non _____ ↓ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="-1"/> <input type="text" value="-2"/> <input type="text" value="-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) : _____ _____ _____			
<b>2. ENTENDRE</b>			
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="text" value="0"/> <input type="checkbox"/> Non _____ ↓ Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="-1"/> <input type="text" value="-2"/> <input type="text" value="-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'usager à cette incapacité			
<b>3. PARLER</b>			
0	Parle normalement		
-1	A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée	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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 : _____ _____			
<b>D. FONCTIONS MENTALES</b>			
Pour chaque élément, préciser depuis quand existe l'incapacité et la réaction de l'usager à cette incapacité			
<b>1. MÉMOIRE</b>			
0	Mémoire normale		
-1	Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants	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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 : _____ _____			
<b>2. ORIENTATION</b>			
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'usager 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	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'utilisateur à cette incapacité			
<b>3. COMPRÉHENSION</b>			
0	Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande		
-1	Est lent à saisir des explications ou des demandes	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____	0
-2	Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages		-1
-3	Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui		-2 -3
		Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires : _____ _____ _____			
<b>4. JUGEMENT</b>			
0	Évalue les situations et prend des décisions sensées		
-1	Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____	0
-2	Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère		-1
-3	N'évalue pas les situations et une autre personne doit prendre les décisions à sa place		-2 -3
		Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Commentaires : _____ _____ _____			
<b>5. COMPORTEMENT</b>			
0	Comportement adéquat		
-1	Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____	0
-2	Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérangement des autres, errance, cris constants)		-1
-3	Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver		-2 -3
		Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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	
<b>E. TÂCHES DOMESTIQUES (activités de la vie domestique)</b>	
<b>1. ENTRETENIR LA MAISON</b>	
<p><b>0</b> Entretien seul la maison _____ (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> 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><b>-2</b> A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison</p> <p><b>-3</b> 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 : _____	
<b>2. PRÉPARER LES REPAS</b>	
<p><b>0</b> Prépare seul ses repas _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable</p> <p><b>-2</b> Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)</p> <p><b>-3</b> 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 : _____	
<b>3. FAIRE LES COURSES</b>	
<p><b>0</b> Planifie et fait seul les courses (nourriture, vêtements, etc.) _____ -0,5 Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Planifie et fait seul les courses mais nécessite qu'on lui livre</p> <p><b>-2</b> A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses</p> <p><b>-3</b> 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'utilisateur à cette incapacité			
<b>4. FAIRE LA LESSIVE</b>			
0	Fait toute la lessive seul _____ -0,5 Avec difficulté		
-1	Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	A besoin d'aide pour faire la lessive	<input type="checkbox"/> Oui _____	+ -1
-3	Ne fait pas la lessive	<input type="checkbox"/> Non _____	• -2 -3
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Commentaires : _____ _____ _____			
<b>5. UTILISER LE TÉLÉPHONE</b>			
0	Se sert seul du téléphone _____ (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin) -0,5 Avec difficulté		
-1	Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur	<input type="checkbox"/> Oui _____	+ -1
-3	Ne se sert pas du téléphone	<input type="checkbox"/> Non _____	• -2 -3
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Commentaires (appareil spécial, par exemple) : _____ _____ _____			
<b>6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT</b>			
0	Utilise seul un moyen de transport _____ (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.) -0,5 Avec difficulté		
-1	Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté	Actuellement, l'utilisateur a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité	0
-2	N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre	<input type="checkbox"/> Oui _____	+ -1
-3	Doit être transporté sur civière	<input type="checkbox"/> Non _____	• -2 -3
		Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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	
<b>7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS</b>	
<b>0</b> Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament	
-0,5 Avec difficulté	
<b>-1</b> A besoin de surveillance (incluant la surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité
<b>-2</b> Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement	<input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____
<b>-3</b> On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun  <input type="checkbox"/> pilulier	Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Commentaires : _____ _____ _____	
<b>8. GÉRER SON BUDGET</b>	
<b>0</b> Gère seul son budget (incluant gestion bancaire) _____	
-0,5 Avec difficulté	
<b>-1</b> A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes	Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité
<b>-2</b> 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	<input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non _____
<b>-3</b> Ne gère pas son budget	Ressources* : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Commentaires (procuration bancaire, 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.



Préciser, s'il y a lieu, la source d'information : **Usager – Proche – Évaluateur****Problème****SITUATION PSYCHOSOCIALE****1. HISTOIRE SOCIALE (occupation, mariage, divorce, deuil, scolarité, immigration, déménagement, autres événements importants, etc.)**


---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

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


---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

**Problème  
identifié**Non —  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  
identifiéNon —  NOui —  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  
identifiéNon —  NOui —  O**6. ÉTAT AFFECTIF (humeur, estime de soi, sentiment d'utilité ou de solitude, anxiété, etc.)**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Commentaires : \_\_\_\_\_

---



---

Problème  
identifiéNon —  NOui —  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 identifié Non —  N  
Oui —  O

**8. SEXUALITÉ (satisfaction de l'usager, préoccupation, comportement socialement inacceptable, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_  
 Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème identifié Non —  N  
Oui —  O

**9. CROYANCES ET VALEURS PERSONNELLES, CULTURELLES ET SPIRITUELLES (expression, par exemple)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_  
 Oui, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problème identifié Non —  N  
Oui —  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'usager 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 identifié Non —  N  
Oui —  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

