



## Questionnaire de la Clinique de positionnement et mobilité

*Veillez remplir le questionnaire et cocher  les cases  appropriées. Envoyez-le à l'adresse susmentionnée.*

### 1. IDENTIFICATION

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ (A-M-J)  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ N° de carte Santé : \_\_\_\_\_  
 Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél. (travail) : \_\_\_\_\_ Langue première : \_\_\_\_\_  
 Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Diagnostic médical : \_\_\_\_\_ Date de début : \_\_\_\_\_  
 Personne à contacter (si différente du demandeur) : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

**Avez-vous déjà subi une évaluation concernant l'utilisation d'un fauteuil roulant?**

Oui, où? \_\_\_\_\_ Quand? \_\_\_\_\_  Non

Tolérance à la position assise : \_\_\_\_\_ heures/jour Capacité de transférer le poids sans aide :  
 non  oui

**Cochez tous les appareils que vous utilisez ou possédez actuellement.**

<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> Tablette de fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne
<input type="checkbox"/> Dispositif de communication	<input type="checkbox"/> Ordinateur	<input type="checkbox"/> Scooter	Autre : _____

**Si vous avez un fauteuil roulant, indiquez ce qui suit :**  Sans objet

Type et âge du fauteuil roulant \_\_\_\_\_

Type et âge du système de positionnement \_\_\_\_\_

Fournisseur préféré de fauteuils roulants : \_\_\_\_\_  Pas encore choisi

**Quels sont vos objectifs en ligne avec l'évaluation par le personnel de la Clinique de positionnement et mobilité?**

\_\_\_\_\_

**Recevez-vous un soutien financier de**

<input type="checkbox"/> Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)	<input type="checkbox"/> Assurance privée	<input type="checkbox"/> CSPAAT
<input type="checkbox"/> Ontario au travail	<input type="checkbox"/> AEHG	<input type="checkbox"/> Autre, précisez _____

**Qui vous offre un soutien à la maison?**

<input type="checkbox"/> CASC	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Amis	<input type="checkbox"/> Travailleurs du secteur privé
<input type="checkbox"/> Préposés aux services de soutien à la personne	<input type="checkbox"/> Autre, précisez _____		

**En moyenne, combien d'heures par jour passez-vous :** À la maison \_\_\_\_ Au travail \_\_\_\_  
 À l'école \_\_\_\_ Au programme de jour \_\_\_\_ Ailleurs \_\_\_\_ Activités dans la communauté  
 (magasinage, visites) \_\_\_\_\_

**3. APTITUDES MOTRICES ET FONCTIONNELLES**

Décrivez les difficultés que vous éprouvez concernant l'utilisation de vos mains et de vos bras \_\_\_\_

**Comment exécutez-vous les tâches ci-dessous?**

	Sans aide	Assistance partielle	Assistance totale	Équipement utilisé
<b>Transferts</b>				
<b>Toilette</b>				
<b>Alimentation</b>				

**Avez-vous des problèmes dans les domaines suivants?**

<input type="checkbox"/> Mémoire	<input type="checkbox"/> Résolution de problèmes	<input type="checkbox"/> Apprentissage de nouveaux renseignements
<input type="checkbox"/> Entamer une tâche	<input type="checkbox"/> Attention	<input type="checkbox"/> Comportement

**Avez-vous des problèmes liés à la fatigue?**  non  oui, décrivez \_\_\_\_\_.

**Trouble visuel?**  non  oui **Je porte des lunettes**  toujours  parfois  pour lire  jamais

**Trouble auditif**  non  oui **Je porte des appareils auditifs :**  toujours  parfois  jamais

**4. ANTÉCÉDENTS DE SERVICES THÉRAPEUTIQUES : Cochez les services actuels ou ceux déjà reçus.**

<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Suppléance à la communication
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant et positionnement	<input type="checkbox"/> Vision	<input type="checkbox"/> Physiothérapie
<input type="checkbox"/> Psychiatrie/psychologie	<input type="checkbox"/> Ouïe	<input type="checkbox"/> Gestion du comportement

**5. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Est-ce que votre état de santé a changé récemment ou vous attendez-vous à un changement dans un avenir rapproché? Précisez. \_\_\_\_\_

**Rupture de la peau :**  non  oui, région et depuis quand? \_\_\_\_\_

**Poids actuel :** \_\_\_\_\_ **Est-il**  stable ou  variable

Indiquez la date la plus récente, si vous le savez, en ce qui concerne les services suivants :

**Radiographie :** \_\_\_\_\_ **Admission à l'hôpital :** \_\_\_\_\_

**Chirurgie subie :** \_\_\_\_\_ **Chirurgie prévue :** \_\_\_\_\_

Formulaire rempli par : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**REMARQUE** : Veuillez apporter à votre rendez-vous tous les dispositifs de positionnement (p. ex. fauteuil roulant, tablette ou coussin) et toutes les aides à la marche (p. ex. déambulateur ou prothèses) que vous utilisez actuellement. Pour effectuer l'évaluation, il faudra faire un transfert à partir du fauteuil roulant. Il est essentiel d'avoir quelqu'un qui peut donner un coup de main pour ce qui est des transferts et de la communication. Si vous utilisez un lève-personne mécanique pour effectuer les transferts, vous pouvez apporter votre harnais.

Merci. Si vous avez des questions ou des préoccupations, communiquez avec nous au 705 523-7100, poste 3162.