

Trousse d'information pour les partenaires

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec 

Contenu

Contenu	2
LISTE TÉLÉPHONIQUE DU SAT	3
Saint-Hubert.....	3
Châteauguay.....	3
Saint-Hyacinthe.....	3
PERSONNE À CONTACTER AU SAT SELON LE BESOIN	4
CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION AU SAT	6
Clinique à l'interne.....	6
Clinique externe	6
CLINIQUES D'ÉVALUATION : DOCUMENTS REQUIS	8
Documents requis pour acheminer une demande d'évaluation au SAT.....	8
Nécessité d'une prescription	8
Médecins autorisés à prescrire.....	9
Conformité d'une prescription ou d'une demande de consultation en physiothérapie.....	9
Types de cliniques	9
ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNES	10
Horaire	10
Documents requis pour la clinique	10
Matériel requis lors de la clinique	10
DÉROULEMENT DU PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ OU À LA POSTURE	11
PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MARCHÉ	13
Pour un client qui a une prescription médicale	13
Pour un client qui n'a pas de prescription médicale.....	14
GUIDE DE RÉDACTION : FORMULAIRE 3841 DE LA RAMQ	15
EXTRAITS DU RÈGLEMENT SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE	21
ADMISSIBILITÉ À UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL POUR UN USAGER EN CHSLD OU EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT	24

LISTE TÉLÉPHONIQUE DU SAT

Saint-Hubert

Tél. : 450 462-8638 – Sans frais : 1 877 462-8638

Télécopieur : 450 462-8640

Réceptionniste et suivi de réparation	Poste 2610
Agentes administratives suivi des cliniques adultes	Poste 2659
	ou poste 2605
Agente administrative suivi des cliniques jeunes	Poste 2454
Agente administrative suivi avis de décès 3 points de service	Poste 2651
et suivi des cliniques de réparation dans les centres	
Coordonnatrice clinique secteur FR-positionnement	Poste 2650
Chef d'équipe secteur orthèse (clinique et production)	Poste 2647
Chef d'équipe mécanique	Poste 2412
Chef de programme (3 points de services)	Poste 2456
Chef de la production (3 points de services)	Poste 2481

Châteauguay

Tél. : 450 692-3171 – Sans frais : 1 866 301-3171

Télécopieur : 450 692-9754

Agente administrative réception et suivi des cliniques adultes	Poste 287
Agente administrative réception et suivi des demandes de réparation	Poste 265
Coordonnatrice clinique	Poste 243
Chef d'équipe mécanique	Poste 327

Saint-Hyacinthe

Tél. : 450 774-3263 – Sans frais : 1 866 774-4104

Télécopieur : 450 774-6310

Agente administrative réception et suivi des cliniques adultes	Poste 637
et des demandes de réparation	
Coordonnatrice clinique	Poste 604
Chef d'équipe mécanique	Poste 227

PERSONNE À CONTACTER AU SAT SELON LE BESOIN

Réceptionniste

- demande d'information générale
- demande de réparation de fauteuil (clientèle adulte)
- demande de rendez-vous en orthèse (clientèle jeunesse et adulte)
- envoi des documents pour la facturation des marchettes en consigne

Agentes administratives – suivi des cliniques / secteur adulte

- échange d'information en lien avec les cliniques d'évaluation/de livraison internes et externes (question sur les procédures, demande d'une date de clinique externe, envoi des documents)

Agente administrative – suivi des cliniques / secteur jeunesse

- échange d'information en lien avec les cliniques d'évaluation/de livraison internes et externes en jeunesse (question sur les procédures, demande d'une date de clinique externe, envoi des documents)
- demande de réparation (jeunesse)
- envoi par courrier interne d'une évaluation complétée par le thérapeute traitant

Agente administrative – suivi des avis de décès, récupération d'équipements et suivi des cliniques de réparation dans les centres

- demande de récupération d'équipements suite à un décès
- échange d'information en lien avec les cliniques de réparation dans les centres (question sur les procédures, demande d'une date de clinique, envoi des documents)

Coordonnatrice clinique secteur FR-positionnement

- questionnement concernant l'admissibilité d'une demande (réglementation)
- questionnement sur la procédure pour une situation atypique (type de r-v, documents requis)
- demandes de priorisation ou de services à domicile
- demande d'aide à la marche sous considération spéciale (adulte)
- demande de récupération d'équipement non reliée à un décès
- demande de modification d'un appareil livré depuis plus de 6 mois (envoi de la justification clinique par courriel)

Note : le client doit être consentant et souhaiter la modification proposée. Ceci doit être validé avant de contacter le SAT, même si la faisabilité doit être confirmée par la suite par les intervenants du SAT.

Chef d'équipe secteur orthèse

- demandes d'informations sur les services offerts en orthèses, les procédures et les délais
- questionnement concernant l'admissibilité en «programme chaussure», le processus d'évaluation et la liste d'attente

Chef d'équipe mécanique

- questionnement sur les délais d'une demande en production (approximation du délai avant la livraison)

Note : bien que les délais sont variables selon le type de demande, le délai moyen de production est d'environ 4 mois entre la date d'évaluation et la date où l'appareil est prêt à livrer (3 mois en jeunesse). Svp ne pas téléphoner à l'intérieur de ce délai normal.

Ergothérapeute

- discussion de cas pré-évaluation avec l'ergothérapeute attitrée au rendez-vous prévu pour ce client, afin de clarifier les besoins
- échange d'information en lien avec le résultat d'un essai d'appareil
- demande de modification d'un appareil dans les 6 mois post-livraison (envoi de la justification clinique par courriel)

Note : le client doit être consentant et souhaiter la modification proposée. Ceci doit être validé avant de contacter le SAT, même si la faisabilité doit être confirmée par la suite par les intervenants du SAT.

Technicien en posture

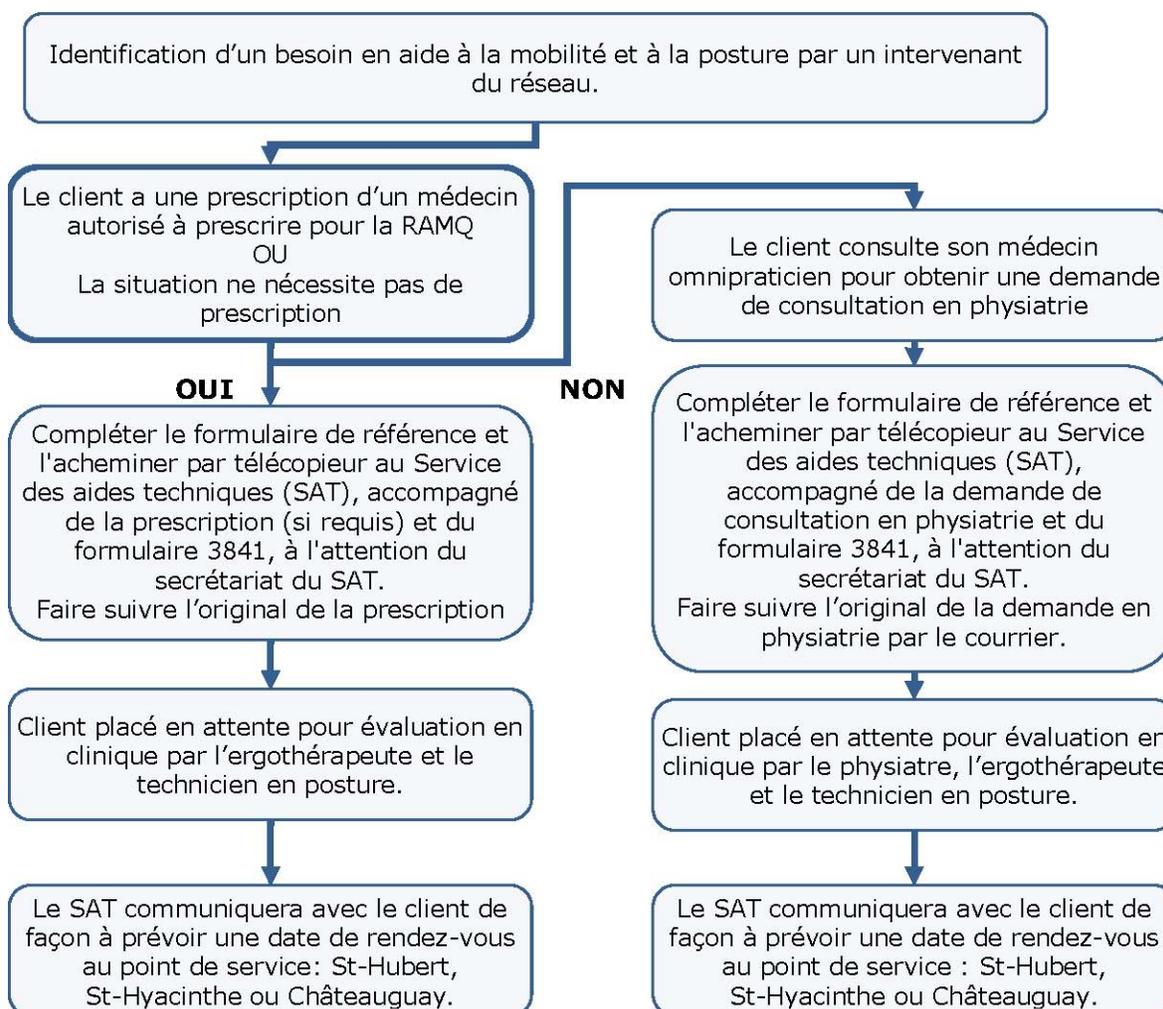
- discussion post-évaluation afin de finaliser certains choix de matériaux discutés lors de l'évaluation
- besoin d'ajustements post-livraison

Technicien en orthèse

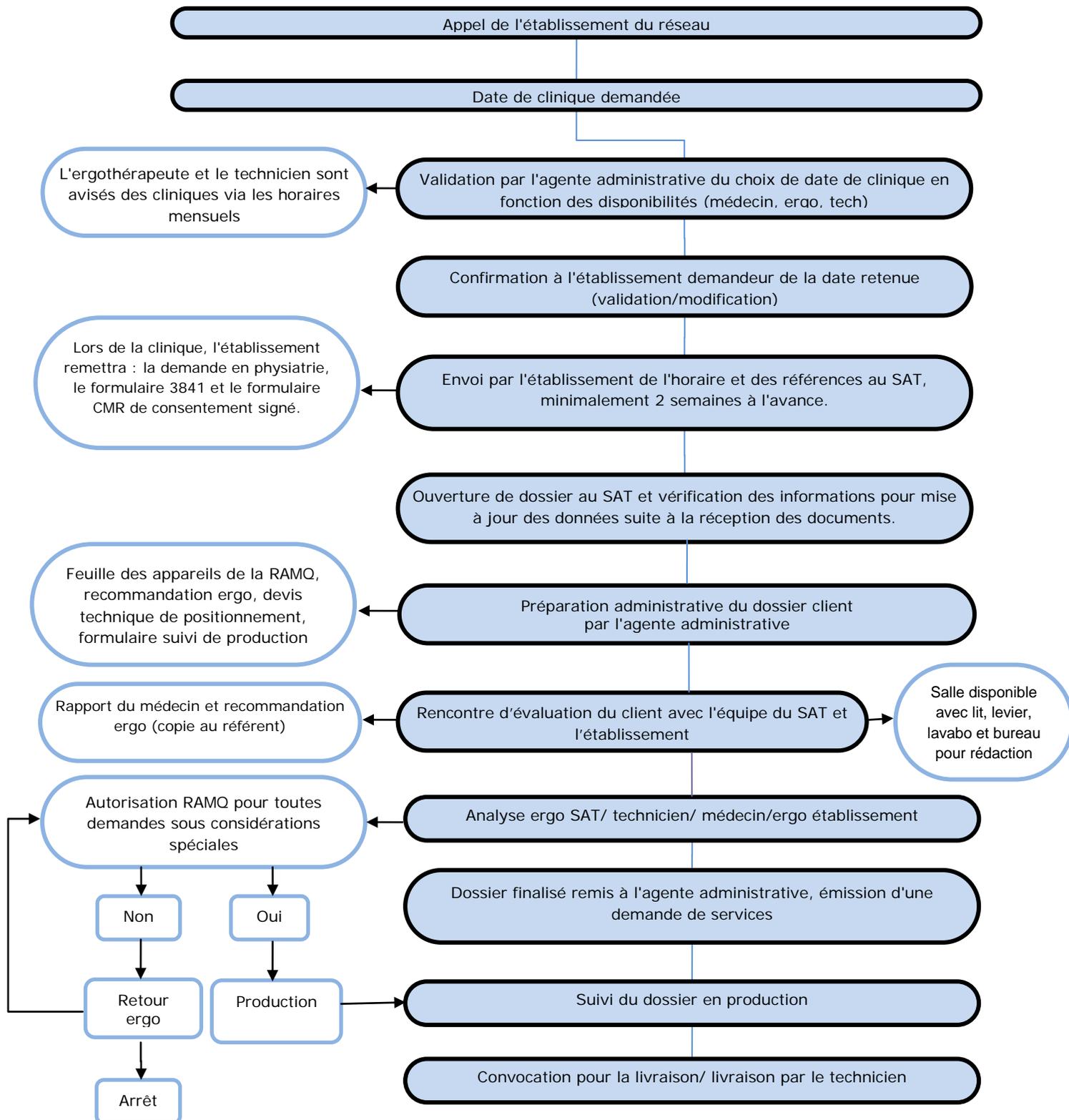
- demande d'information en lien avec une commande de chaussure, d'orthèse ou d'un autre appareil orthopédique
- questionnements et conseils post-livraison d'une orthèse ou de chaussure

CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION AU SAT

Clinique à l'interne



Clinique externe



CLINIQUES D'ÉVALUATION : DOCUMENTS REQUIS

Documents requis pour acheminer une demande d'évaluation au SAT

- Formulaire de référence au Service des aides techniques.
- Prescription médicale d'un des spécialistes reconnus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou demande de consultation en physiatrie (médecin généraliste), si la situation le nécessite.
- Tout document pertinent pour valider une atteinte musculo-squelettique (tel que des radiographies, des résultats d'analyses neurologiques, etc.).
- Formulaire 3841 de la RAMQ, [Attestation du besoin d'une aide à la locomotion ou à la posture](#), rempli par un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique (si l'utilisateur est suivi par l'un de ces professionnels). Les parties à compléter par le thérapeute référent sont les sections 1 à 11 de l'évaluation fonctionnelle (pages 3 et 4). Lorsque la référence est uniquement pour du positionnement, le 3841 n'est pas requis.

Nécessité d'une prescription

Une prescription médicale (6 spécialistes reconnus) est requise dans les situations suivantes :

- Achat initial :
 - Aide technique à la mobilité (Fma, Fmo, BR, poussette spécialisée, planche à station debout);
 - Positionnement;
 - Coussin spécial;
 - Aide technique à la marche (marchette, marchette hémi, canne quadripode, béquilles);
 - 2e appareil (pour école, travail, intégration sociale jeunesse ou maintien des capacités résiduelles).
- Remplacement d'une aide technique à la mobilité, d'une aide technique à la marche ou d'un positionnement en raison d'un changement de condition physique du client.
- Ajout d'un composant spécialisé (ex. : contrôle spécialisé, appui-jambes élévateurs motorisés, bascule motorisée, support pour ventilothérapie, etc.).

Une prescription médicale n'est pas requise dans les situations suivantes (justification ergo requise):

- Remplacement :
 - Aide technique à la mobilité, aide technique à la marche, positionnement ou coussin spécial en raison d'un bris ou de l'usure (coût de réparation excédant 80 % de l'appareil neuf ou pièces discontinuées);
 - Coussin spécial déjà prescrit par un autre modèle en raison d'un changement de condition physique du client;
 - Appareil ou aide technique à la posture pour croissance (avant 19 ans).
- Réparation/modification/ajustement d'un appareil ou d'une aide technique à la posture déjà prescrit.

Note : Les demandes d'ambulateur ou de quadriporteur ne relèvent pas du Service des aides techniques.

Médecins autorisés à prescrire

Les spécialistes reconnus par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont : orthopédiste, physiatre, rhumatologue, neurologue, neurochirurgien ou gériatre. Un médecin généraliste avec des privilèges de prescription au CMR peut aussi prescrire.

Le formulaire d'attestation d'insuffisance sévère au plan cardiovasculaire doit être rempli si la personne a des problèmes cardiaques sévères. Ce formulaire doit être exclusivement complété par le cardiologue.

Le formulaire d'attestation d'insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire doit être rempli si la personne a des problèmes respiratoires sévères. Ce formulaire doit être exclusivement complété par le pneumologue.

Conformité d'une prescription ou d'une demande de consultation en physiothérapie

Les éléments suivants sont requis sur les prescriptions :

Sur une demande de consultation en physiothérapie provenant d'un médecin généraliste :

- Les diagnostics
- Une mention « consultation en physiothérapie »
- La raison de la référence (fauteuil manuel ou fauteuil motorisé, marchette, etc.)

Sur une prescription provenant d'un médecin spécialiste autorisé par la RAMQ (ou d'un médecin généraliste avec privilèges) :

- Les diagnostics
- La mention « utilisation quotidienne et permanente » (sauf pour les aides à la marche, la durée est de plus de douze mois)
- La raison de la référence (fauteuil manuel ou fauteuil motorisé, marchette, etc.)

Types de cliniques

Il y a deux types de clinique :

- **Une clinique avec un physiatre, un ergothérapeute et un technicien** pour les demandes provenant d'un médecin généraliste.
- **Une clinique avec un ergothérapeute et un technicien (sans physiatre)** pour les demandes provenant d'un médecin spécialiste autorisé (ou d'un médecin généraliste avec privilèges) ou pour les clients ayant des besoins ne nécessitant pas de prescription médicale.

ORGANISATION DES CLINIQUES EXTERNES

Horaire

Le début de la clinique est généralement prévu pour 9 h et l'évaluation du dernier client devra prendre fin au plus tard à 15 h. L'heure du début de la clinique peut être différente dans certaines régions en raison de la distance avec le SAT. Le temps à prévoir pour chacun des clients est de 60 minutes (des modifications à l'horaire pourront être apportées exceptionnellement selon la complexité).

Clinique avec un physiatre, un ergothérapeute et un technicien pour les demandes provenant d'un médecin généraliste :

- Lorsque la clinique est avec un physiatre, celle-ci est double et devra comprendre 10 clients. Le physiatre évaluera l'ensemble des clients la première journée alors que l'équipe ergo-tech évaluera 5 clients la première journée et les 5 autres clients lors d'une journée ultérieure.
- Dans certaines régions de la Montérégie, le physiatre rencontre les clients pour prescrire l'appareil lors d'un premier rendez-vous et l'équipe ergo-tech évalue les clients à une date ultérieure.

Clinique avec un ergothérapeute et un technicien (sans physiatre) pour les demandes provenant d'un médecin spécialiste autorisé (ou d'un médecin généraliste avec privilèges) ou pour les clients ayant des besoins ne nécessitant pas de prescription médicale :

- Il devra y avoir 5 clients dans chacune des cliniques sans physiatre. Les CHSLD peuvent prévoir des personnes en surplus à la fin de chaque clinique puisqu'ils peuvent aller chercher les gens au fur et à mesure s'il y a des annulations (SVP informer le SAT à l'avance des clients potentiels).

Documents requis pour la clinique

Envoi 2 semaines avant :

- Horaire (avec heures projetées)
- Formulaire de référence pour chaque client
- Demande de consultation en physiothérapie

À remettre lors de la clinique :

- Demande de consultation en physiothérapie originale
- Formulaire 3841 partiellement rempli (p3 et p4, points 1 à 11)
- Le formulaire CISSMO de consentement signé

Matériel requis lors de la clinique

Lors de l'évaluation, notre équipe aura besoin d'une salle pouvant contenir 5-6 personnes, d'une chaise droite sans appui-bras, de deux chaises droites avec appui-bras, d'un lève-personne si requis pour les transferts des clients, d'une table de consultation (lit avec matelas ferme) ainsi que d'un accès à un lavabo (nous pouvons nous déplacer dans l'établissement). L'équipe devra aussi avoir à sa disposition le matériel de protection suivant : antiseptique (ex. : purel), gants, masques, blouses.

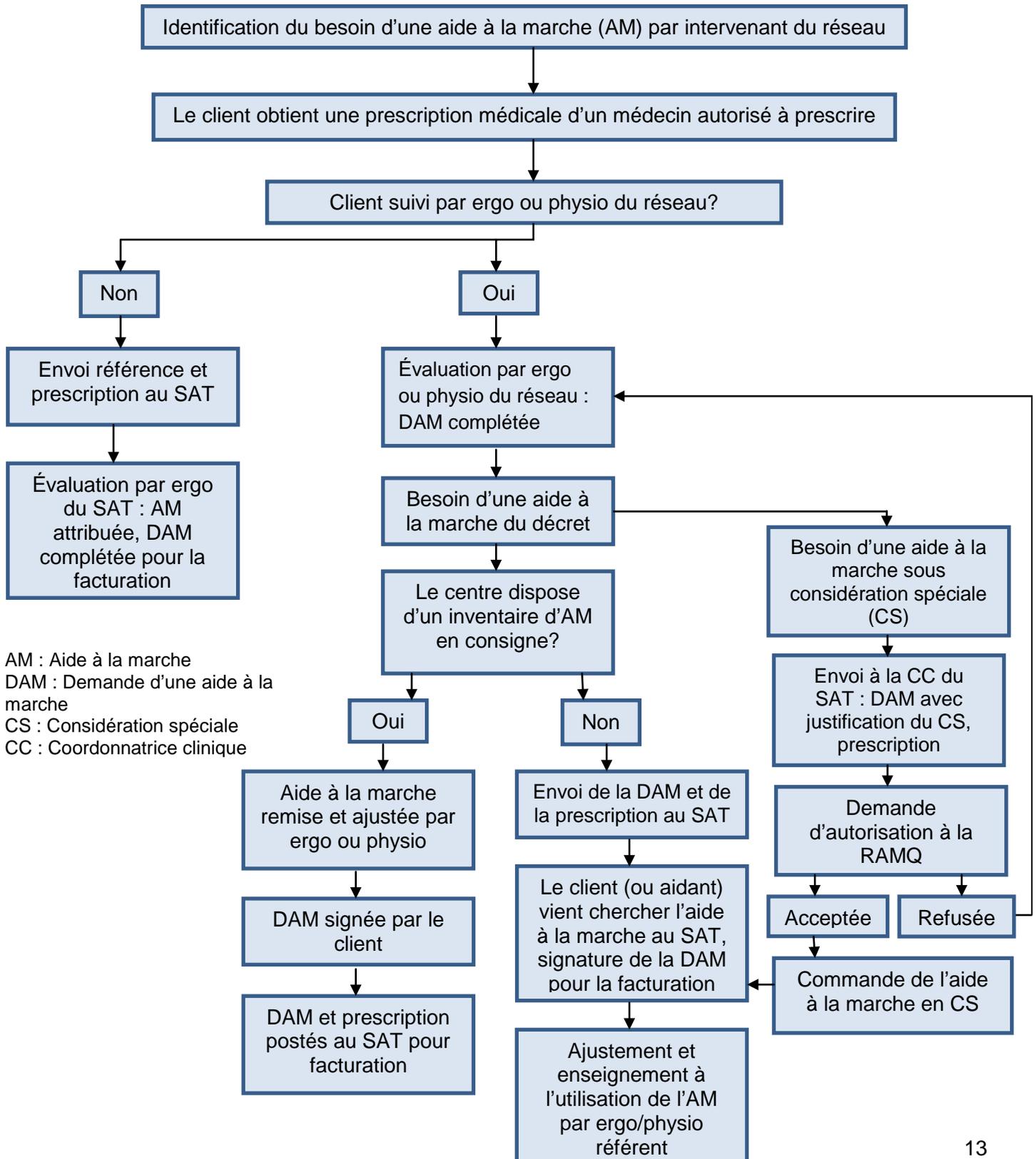
DÉROULEMENT DU PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ OU À LA POSTURE

Phase	Étapes	Personnes impliquées
Évaluation	Présentation de cas (s'il y a lieu)	Intervenant du milieu
	Révision du dossier médical	Physiatre, ergothérapeute du SAT, intervenant du milieu
	Évaluation des habitudes de vie du client et de son environnement	Intervenant du milieu et ergothérapeute du SAT
	Évaluation physique du client (tonus, bilan musculaire et articulaire, sensibilité et proprioception)	Physiatre et ergothérapeute du SAT Assistance du technicien lorsque requis
	Évaluation médicale et des réflexes	Physiatre, avec l'assistance de l'ergothérapeute du SAT lorsque requis
	Évaluation des troubles de la posture	Physiatre, ergothérapeute du SAT, technicien et intervenant du milieu
	Évaluation des plaies	Physiatre et ergothérapeute du SAT
	Évaluation et recommandation pour contention	Ergothérapeute du SAT à la suite d'une recommandation de l'équipe traitante du milieu La recommandation doit faire partie du plan d'intervention du client, preuve à l'appui (consentement signé par le représentant légal exigé).
	Prise des mesures anthropométriques du client	Ergothérapeute du SAT et technicien
	Choix de l'aide à la mobilité (Fmo, Fma, BR, poussette, etc.)	Le choix du type d'aide à la mobilité est effectué en interdisciplinarité (équipe SAT), en accord avec le client, sa famille et les intervenants du milieu. La prescription du type d'appareil (Fmo, Fma, etc.) est effectuée par le physiatre (ou autre prescripteur reconnu RAMQ). L'ergothérapeute du SAT est responsable de recommander le modèle et les caractéristiques précises de l'appareil.
	Choix des aides à la posture / coussin	La recherche de solutions posturales est effectuée en interdisciplinarité (équipe SAT), en accord avec le client, sa famille et les intervenants du milieu. La prescription du type d'aide technique à la posture / coussin spécial est effectuée par le physiatre (ou autre prescripteur reconnu

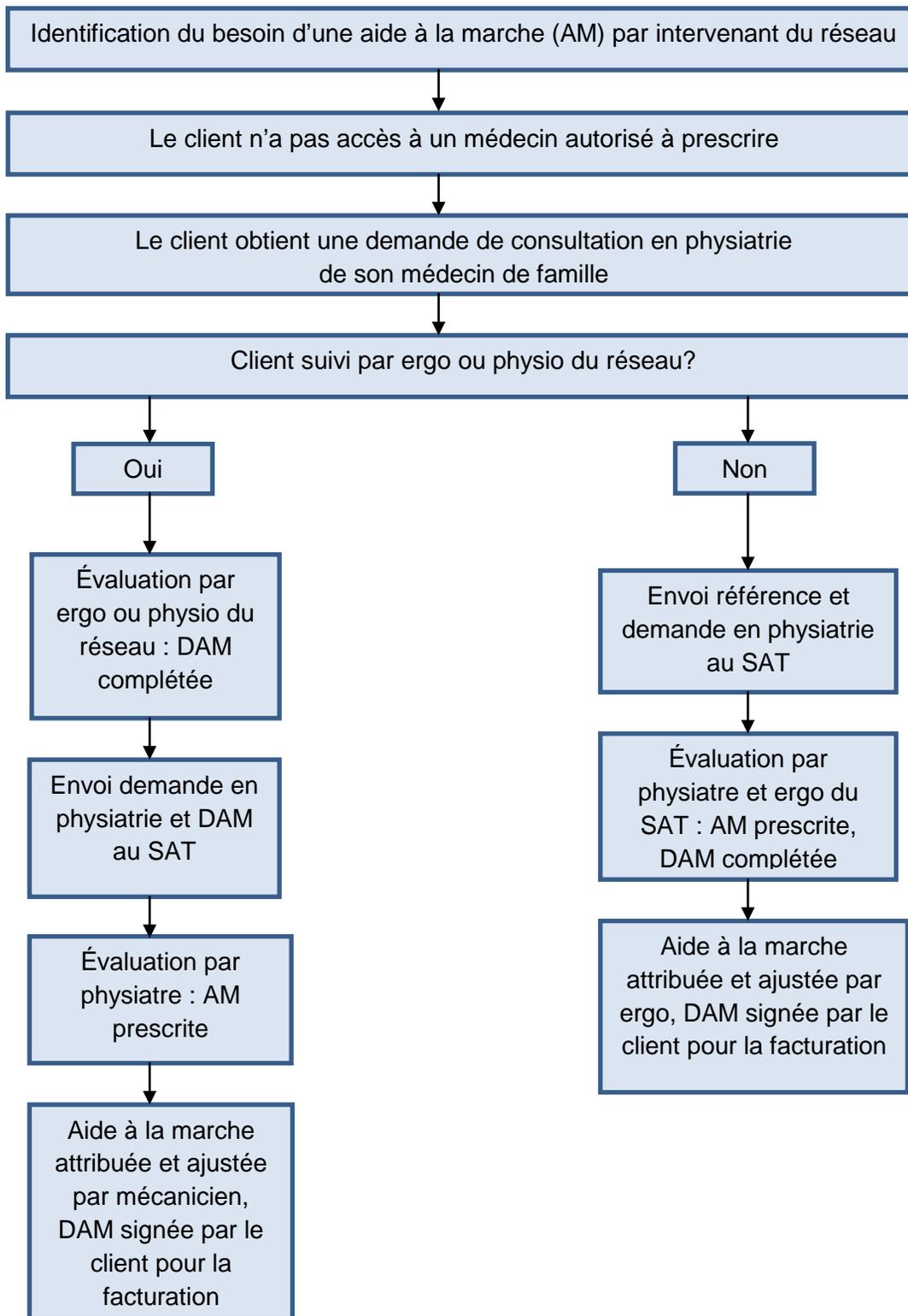
		RAMQ) L'ergothérapeute du SAT est responsable de recommander les éléments précis de positionnement requis et le modèle de coussin. Le technicien détermine le choix final des matériaux et la conception des ATP.
Rédaction	Rédaction du formulaire de la RAMQ (3841) et notes complémentaires	Intervenant du milieu et ergothérapeute du SAT
	Rédaction du formulaire de commande de l'aide à la mobilité	Ergothérapeute du SAT, conjointement avec le technicien
	Rédaction de notes d'évolution pour les rencontres d'évaluation et d'essayage	Ergothérapeute du SAT
	Justification des appareils ou composants en considération spéciale (CS) auprès de la RAMQ	Ergothérapeute du SAT ou du milieu
Essai	Coordination des essais cliniques (modes de conduite/propulsion, appareils, coussins, etc.)	Ergothérapeute du SAT, avec le soutien des représentants et des techniciens lorsque requis
	Suivi de l'essai d'un appareil dans le milieu de vie et conclusion quant au succès de l'essai	Ergothérapeute du milieu, en collaboration avec l'ergothérapeute du SAT
	Essayage des positionnements complexes	En interdisciplinarité, le technicien avec l'ergothérapeute du SAT et/ou l'intervenante du milieu
Livraison	Livraison des positionnements complexes	Technicien du SAT L'ergothérapeute est en soutien en cas de problème ou de questionnement. Il peut être prédéterminé que l'ergothérapeute (du SAT ou du milieu) sera présente à la livraison.
	Livraison des aides à la mobilité et des positionnements légers	Le mécanicien livre l'aide à la mobilité Le technicien est en soutien.

PROCESSUS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE À LA MARCHÉ

Pour un client qui a une prescription médicale



Pour un client qui n'a pas de prescription médicale



AM : aide à la marche
DAM : demande d'une aide à la marche

GUIDE DE RÉDACTION : FORMULAIRE 3841 DE LA RAMQ

Ce guide a été élaboré afin d'aider les ergothérapeutes référentes et les ergothérapeutes du SAT à compléter les différentes sections du formulaire.

Si l'utilisateur est suivi par un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique d'un établissement référent, les parties à compléter par le thérapeute référent sont les sections 1 à 11 de l'évaluation fonctionnelle. Lorsque la référence est uniquement pour du positionnement, le 3841 n'est pas requis.

NOM DU CLIENT :
dossier :

Consentement du client à l'évaluation : _____ (initiales de l'ergo) **Essentiel**

1. MOTIF DE RÉFÉRENCE ET ATTENTES DU CLIENT CLIENT RÉFÉRÉ LE _____ PAR _____ ET POUR _____
(EX : CLIENT EST RÉFÉRÉ EN RAISON DE DIFFICULTÉS À LA MARCHÉ ET CHUTES FRÉQUENTES. CLIENT A PRIS DU POIDS ET LA BASE ROULANTE DOIT ÊTRE MODIFIÉE. MALGRÉ L'UTILISATION D'UN COUSSIN DE SIÈGE SPÉCIAL, CLIENT PRÉSENTE DES PLAIES AU NIVEAU DU SIÈGE...) BESOIN SPÉCIAUX (EX OBÉSITÉ MORBIDE)

2. MOYENS D'ÉVALUATION : (LORS DE L'ÉVALUATION, INITIALER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR RÉFÉRENT VS INTERVENANT DU SAT)

Lecture du dossier Entrevue avec client Entrevue avec Famille : _____ Entrevue avec Intervenant : _____
 Palpation anatomique Observation MCPAA 2.0 Bilan articulaire et musculaire
 Autres _____ Mise en situation / essai Simulation Mesure avec capteurs

3. AIDE TECHNIQUE UTILISÉE (Toutes celles utilisées par le client et leur provenance (ex : triporteur de la Fiducie))

Prothèse(s) Orthèse(s) Canne/béquilles Canne quadripode Cadre de marche Ambulateur
 Fauteuil à propulsion manuelle Base Fauteuil à propulsion motorisée Tri- Quadriporteur Poussette
 Coussin spécial _____ ATP _____ Autres : _____

4. HABITUDES DE VIE ET SOINS PERSONNELS

	Autonomie	Avec aide	Avec équip.	Précisions : Ex : Habillement ou hygiène possible uniquement au fauteuil ayant dossier inclinable. Besoin d'être près d'une table pour l'alimentation autonome (hauteur de la table). Changement de poids et d'habitudes alimentaires, dysphagie ayant un effet sur l'angle de dossier désiré. Transfert latéral nécessitant le retrait des butées. ...
Habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez les modes de transferts (depuis quand, quel équipement, aide humaine requise, désire conserver ce mode de transfert à tout prix, hauteur des surfaces de transfert.....
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. DÉFICIENCE, INTÉGRITÉ DES SYSTÈMES ORGANIQUES

Cardio-respiratoire Cardiovasculaire : Dans le cas d'une demande de fauteuil motorisé pour ces raisons, on doit s'assurer que le client possède un fauteuil manuel de la RAMQ ou qu'il soit admissible à un tel appareil. Si c'est le cas, une attestation doit être remplie par le cardiologue ou le pneumologue (attestation disponible auprès du SAT)

Intégrité de la peau (plaie, douleur, sensibilité, rougeur) : État de la peau. Si plaies, parler de l'historique, région et mode de traitement de la plaie (présence ou non de pansement). Questionnez aussi si l'origine de la plaie ne serait pas reliée à d'autres facteurs. Clarifiez la douleur (musculaire, picotement, engourdissement, chaleur) ainsi que la sensibilité/ douleurs au siège, au dos, autres segments corporels. Allergies ou sudation lorsqu'on utilise certains matériaux (latex). Si aucun problème l'indiquer également

Systèmes liés à l'excrétion (incontinence, port de protection) : L'incontinence fréquente peut justifier l'octroi de 2 housses de coussin, utilisation de sacs.

Autres : Problèmes de proprioception qui peuvent avoir un impact sur la propulsion d'un fauteuil manuel, besoin de protège rayon. Problèmes auditifs et visuels pouvant avoir un impact sur la conduite (hémianopsie, hémignégligence visuo-spatiale)

6. APTITUDES RELIÉES AU COMPORTEMENT, AUX ACTIVITÉS INTELLECTUELLES ET AU LANGAGE

Particularités : Capacité de se propulser, de conduire de façon sécuritaire et tout ce qui peut l'influencer (troubles cognitifs, manque d'autocritique, diminution de mémoire, jugement, autorégulation, planification, organisation, résolution de problèmes, orientation, état dépressif, anxiété, trouble de la personnalité, agressivité,...) Capacité de s'exprimer (mode de communication utilisé), langue étrangère, langage signé, aphasie, dysarthrie.

Rapport annexé de la conduite sécuritaire au FMO. Essai préalable à faire sur la capacité de conduite sécuritaire

7. HABITUDES DE VIE / RESPONSABILITÉS ET RELATIONS INTERPERSONNELLES

Vit seul Vit avec sa famille Nb d'heures de services au CLSC : _____ Nb d'heures passées seul par jour : Informations nécessaires pour justifier des options en considération spéciale (ex motorisation du dossier, bascule motorisée)

Vit en hébergement Privé Public (Impact sur l'obtention d'appareils selon l'article 52)

Vie communautaire, activités et loisirs : Niveau d'activités, implication sociale, sorties fréquentes, occupation de l'utilisateur pouvant avoir une incidence sur la conception du FR. Info sur aidant naturel.

AVD (préparation de repas, entretien ménager) : _____

Études : _____ Travail _____ Lettre pour 2^e appareil

Précisions : Important de préciser en quoi un 2^{ième} appareil est essentiel pour poursuivre des études ou le travail

NOM DU CLIENT :

dossier :

8. MOYENS DE TRANSPORT

Conducteur Passager Assis au fauteuil roulant

Moyens de transport	Adapté	Non adapté	Précisions (Types d'adaptation du véhicule en cours ou envisagées etc.) :
<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécessité de plier le fauteuil manuel, Limite de la largeur de la plateforme du transport public ou du véhicule adapté si le fauteuil doit être très large. Modèle de véhicule de la famille si sorties. Si possède déjà un véhicule adapté spécifier le modèle d'ancrage déjà en place. Indiquer si une adaptation de véhicule est prévue.
<input type="checkbox"/> Fourgonnette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Transport public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Transport scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX / OBSTACLES ET FACILITATEURS

Déplacements : <input type="checkbox"/> Intérieur ____% <input type="checkbox"/> Extérieur ____%			Précisions : <i>Nous indiquer les déplacements actuels. Ajouter les déplacements espérés suite à l'obtention de l'aide technique. Accessibilité (largeur des portes, dimensions des pièces et des ascenseurs) surtout si fauteuils larges. Mode d'accès au domicile, rampe (pente) présence de marches, paliers, tapis, seuils.</i>
	Accessible	Non accessible	
Domicile (aménagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
École ou Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. MOUVEMENTS VOLONTAIRES AUX MEMBRES INFÉRIEURS ET MEMBRES SUPÉRIEURS

Capacité des membres inférieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire	Contrôle musculaire		
	Null	Limitée	Fonct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Echelle : 0 à 5	Nul	Limité	Fonct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis(e) sans appui	Tolérance <i>Tester de façon prolongée</i>			Équilibre <i>Si possible utiliser le test Berg : ____ / 56</i>			Risque de chute			
	Durée ____ minutes <i>Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈</i>			Nul	Précaire	Fonct.	Nul	Modéré	Élevé	
Assis(e) avec appui	Durée ____ minutes (adossé/ avec app-bras) <i>Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temps assis par jour : Indiquez si consécutif ou avec pauses

Relâchements de pression : par push up, bascule activée de façon autonome vs aide présente, pause au lit, temps passé sur autre assise dans la journée

Debout sans appui	Durée ____ minutes <i>Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈</i>	Nul	Précaire	Fonct.	Nul	Modéré	Élevé
Debout avec appui	Durée ____ minutes <i>Si durées non précises Utilisez + - ± ≤ ≥ ≈</i>	<input type="checkbox"/>					

Amputation

Membre inférieur > Niveau _____ Appareillage _____

Précisions : Incrire si une articulation ou un segment présente des problèmes par rapport au reste des articulations. Douleur à l'effort, au mouvement (suivi en clinique de douleur), diminution d'endurance, histoire de chutes (fréquence), spasticité à l'extension, clonus, poussée en extension

Capacité des membres supérieurs	Amplitude articulaire active			Tonus musculaire			Force musculaire	Force de préhension			Contrôle musculaire		
	Null	Limitée	Fct.	Hypo.	Hyper.	Norm.	Ech : 0 à 5	Nul	limité	fct	Nul	limité	Fct.
droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>					
gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>					

Précisions : Douleur à l'effort, au mouvement, diminution d'endurance, spasticité, diminution de la coordination bilatérale

11. MOBILITÉ ET PROPULSION

Atteinte fonctionnelle à la marche

Marche avec aide sur ____ mètres Avec accompagnateur Marche non-fonctionnelle (± 5 pas) Non ambulant (± 2 pas)
 Vitesse de marche non fonctionnelle Marche limitée par l'endurance Marche impossible sur terrain accidenté

Précisions : La distance marchée écrite ici doit représenter la distance pouvant être faite de façon répétée et de façon quotidienne et sécuritaire
Si un ou deux pas pour un transfert, ne pas considérer cela comme de la marche mais uniquement comme un transfert

Capacité de propulsion d'un fauteuil roulant manuel

Diminution de l'endurance après _____ mètres Mode de propulsion actuel : Important pour admissibilité en CHSLD Propulsion non autonome (problème de force ou d'initiative)

NOM DU CLIENT :

dossier :

- Incapable de franchir petit seuil ou dénivellation Propulsion impossible à l'extérieur du domicile Douleur causée par les mouvements répétitifs
 Propulsion impossible sur terrain accidenté Vitesse de propulsion non fonctionnelle _____ mètres/minute (pour justifier FMO)

Capacité de conduite d'un fauteuil roulant motorisé (inscrire si choix du client ou mode de contrôle actuel)

- Conduite main droite Conduite main gauche Autre système de conduite : _____

Précisions : avec chien guide, manette particulière, contrôle par l'aidant, bascule intégrée à la manette si nécessaire

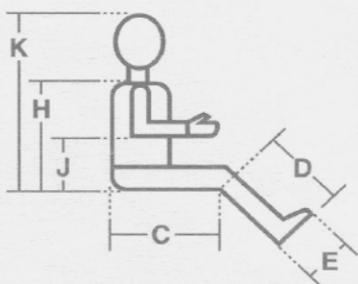
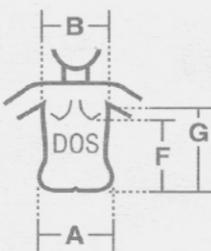
NOM DU CLIENT :

dossier :

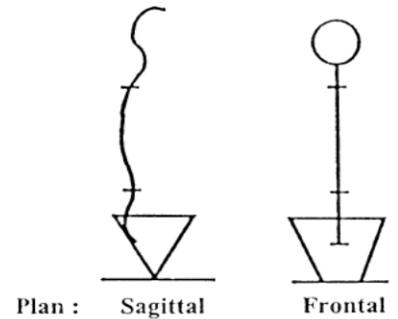
12. POSITION ASSISE STATIQUE

Position/condition d'évaluation : _____

	Gauche	Droit		Gauche	Droit
A			F		
B			G		
C			H		
D			J		
E			K		
Poids _____		Taille _____			

	Plan sagittal	Plan frontal (obliquité)	Plan transversal (rotation)
Bassin	<input type="checkbox"/> Neutre Bascule <input type="checkbox"/> Ant. <input type="checkbox"/> Post. <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe	<input type="checkbox"/> Neutre <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Fixe
Tronc	<input type="checkbox"/> Cyphose <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Flexion latérale gauche <input type="checkbox"/> Flexion latérale droite <input type="checkbox"/> Flexion antérieure <input type="checkbox"/> Mesure du contrôle postural assis de l'adulte (MCPAA 2.0 annexé)		Tête : _____ _____ _____ _____



Autres précisions : _____

Position des membres inférieurs (hanches, genoux, pieds). Décrire les problématiques de posture statique ou dynamique. Résultats des essais antérieurs de coussins de siège ou ATP précédent l'évaluation

13. ANALYSE (INCLUANT LES ESSAIS EFFECTUÉS)

Il faut ici apprécier le contenu de l'évaluation. Mettre en corrélation les données recueillies. Expliquer les résultats. Faire des liens entre le fonctionnement, les capacités de la personne et l'environnement

Exemple :

M est incapable de marcher seul avec une marchette sur de courtes distances. Nécessite l'aide d'une personne, en raison de la faiblesse musculaire sévère aux 2 membres inférieurs et de troubles d'équilibre.

Nous recommandons un FMA pour les déplacements en raison d'une incapacité à se déplacer sur de courtes et longues distances.

Indiquer si un essai a été effectué (quand, comment, où, niveau de sécurité, suivi des consignes, autocritique, problèmes observés).

Nous recommandons un FR de la sous-catégorie suivante (de base, intermédiaire ou multiréglable). Justifier votre choix en fonction de la gradation des balises du plus simple au plus complexe (ex étant donné les besoins en terme de dimensions, de choix de composants, de réglages permettant une propulsion ou une posture efficace)

NOM DU CLIENT :

dossier :

14. PLAN D'INTERVENTION

OBJECTIFS	
<p>LE CLIENT MAINTIENDRA OU AMÉLIORERA SA POSTURE ET SA CAPACITÉ À SE MOBILISER AU MOYEN D'UNE AIDE TECHNIQUE FONCTIONNELLE, CONFORTABLE ET SÉCURITAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de poursuivre, reprendre et maintenir sa participation dans ses différentes habitudes de vie significatives avec l'aide recommandée</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de se déplacer <input type="checkbox"/> Avec assistance <input type="checkbox"/> Ou de façon autonome à l'aide du <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de se déplacer <input type="checkbox"/> Dans son milieu de vie <input type="checkbox"/> À l'extérieur <input type="checkbox"/> À l'école <input type="checkbox"/> Au travail</p> <p><input type="checkbox"/> Le client diminuera le nombre de chutes en utilisant une aide à la mobilité de façon régulière</p> <p><input type="checkbox"/> Le client conservera ses capacités résiduelles par la propulsion du fauteuil roulant manuel</p> <p><input type="checkbox"/> Le client sera capable de tolérer la position assise sur une période de ____ hres en continu ou ____ hres/jour</p> <p><input type="checkbox"/> Le client aura un alignement corporel optimal <input type="checkbox"/> favorisant une meilleure posture assise <input type="checkbox"/> facilitant la participation sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Le client utilisera des techniques de relâchement de pression et des moyens de prévenir les plaies</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : le client sera capable de mettre en application des moyens pour..... faciliter la guérison d'une plaie, pour protéger ses articulations, pour conserver son énergie, pour.... _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	
MOYENS / RECOMMANDATIONS	
<p><input type="checkbox"/> Achat initial <input type="checkbox"/> Remplacement du : _____ <input type="checkbox"/> Réparation/modification du : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Obtention d'ici _____ semaines <input type="checkbox"/> Maintien d'un second appareil : _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Livraison / ajustement par : _____ <input type="checkbox"/> Entraînement par : _____ <input type="checkbox"/> Suivi par : _____ dans _____ semaines</p> <p><input type="checkbox"/> Conduite du FMO sous condition : _____ <input type="checkbox"/> Remise de documentation écrite /enseignement</p> <p>Client informé de : _____</p>	
Aide à la mobilité <input type="checkbox"/> Devis annexé	Aide à la posture <input type="checkbox"/> Devis annexé
<p><input type="checkbox"/> Fauteuil Manuel <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Poussette</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé <input type="checkbox"/> Tri/Quadriporteur</p> <p>Préciser le type de Conduite : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Propulsion non autonome</p> <p>Marque/Modèle : ergo SAT peut inscrire les dimensions recommandées</p> <p>L'équipement sera <input type="checkbox"/> Neuf <input type="checkbox"/> Valorisé _____ selon les règles en vigueur et la disponibilité</p> <p><input type="checkbox"/> Composant CS : bascule, dossier inclinable, appui-jambes éleveurs motorisés, tango 6 roues</p> <p>Autres : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Coussin siège : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coussin de dossier : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Support avant-bras <input type="checkbox"/> Positionnement modulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Positionnement moulé</p> <p>Autres : ex : appui-tête personnalisé, butées diverses, ceinture de positionnement _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

L'utilisateur ou son représentant a été informé des résultats de l'évaluation, est en accord avec les recommandations formulées et à la transmission d'informations au requérant. **À cocher obligatoirement** Réalisé en collaboration avec : _____

Plan d'intervention transmis à : _____

Signature de l'ergothérapeute/ physiothérapeute de l'établissement : (OBLIGATOIRE) Nom de l'établissement : (OBLIGATOIRE)

Signature de l'ergothérapeute/ physiothérapeute du SAT : (SI PARTICIPE À L'ÉVALUATION) Date : _____

EXTRAITS DU RÈGLEMENT SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Services, appareils et autres équipements assurés à l'égard d'une personne assurée

49. Malgré l'article 38, seul est assuré un appareil qui tient compte de la déficience physique et, s'il y a lieu, de la difformité auxquelles il est appelé à suppléer et, s'il y a également lieu, des activités et du milieu de vie de la personne assurée à qui il est fourni.

+ 50. Est assuré un seul appareil à l'égard d'une même personne assurée; de même, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce seul appareil.

Malgré le premier alinéa, sujet à l'autorisation préalable de la Régie, une aide à la locomotion et à la posture additionnelle autre qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, avec ses composants et compléments, ou un composant additionnel d'un tel appareil est assuré lorsque l'appareil est requis pour des activités spécifiques essentiellement reliées à des fins d'études reconnues ou à des activités professionnelles. Les études reconnues sont celles que poursuit un élève ou un étudiant inscrit à un programme qui mène à l'obtention d'un diplôme, certificat ou autre attestation d'études reconnue par le ministre de l'Éducation du Loisir et du Sport.

51. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

- 1o à une personne assurée hémiplegique avec trouble de position ou d'équilibre;
- 2o à une personne assurée paraplégique;
- 3o à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe à un niveau autre que les niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;
- 4o à une personne assurée qui a subi une amputation fémorale bilatérale, coxofémorale bilatérale ou une hémipelvectomie bilatérale;
- 5o à une personne assurée qui présente une impotence permanente des membres inférieurs dans les cas de troubles spastiques, d'ataxie ou d'athétose;
- 6o à une personne assurée atteinte de troubles fonctionnels qui empêchent de façon permanente l'utilisation de ses membres inférieurs;
- 7o à une personne assurée qui présente une déficience dégénérative du système musculo-squelettique, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 53 et qui a besoin d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger pour conserver ses capacités résiduelles, lesquelles toutefois le rendent encore capables d'utiliser un tel fauteuil de façon autonome.

+ À l'égard de la personne assurée visée au paragraphe 7 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger qui, l'un ou l'autre, a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

Toutefois, à l'égard de cette même personne assurée à qui appartient déjà un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger dont la Régie a déjà assumé le coût d'achat ou de remplacement, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré que ce fauteuil roulant sans qu'il ne fasse l'objet d'un retour à un établissement.

+ 52. Malgré les articles 38 et 51, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est pas assuré s'il est fourni à une personne assurée hébergée dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou, si tel est le cas, dans un centre hospitalier de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visés à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5) dans la mesure où cette dernière loi vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

+ 53. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion motorisée, ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

- 1o à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe aux niveaux C3-C4, C4-C5 ou C5-C6;
- 2o à une personne assurée qui présente une impotence permanente des 2 membres supérieurs et d'au moins un membre inférieur;
- 3o à une personne assurée qui présente, depuis plus de 6 mois, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire ou cardiorespiratoire associée à une déficience physique au sens du présent Titre, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 51, qui est encore capable d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée et pour qui ce fauteuil est requis parce qu'elle est rendue incapable, en raison de cette insuffisance et de cette déficience, d'actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, et ce, malgré un traitement médical optimal.

À l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée qui a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

54. Malgré l'article 38, une poussette du type « Buggy Major », ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que si l'appareil est fourni dans les cas suivants :

- 1o à une personne assurée ayant une incapacité permanente et sévère, âgée de moins de 3 ans mais d'au moins 1 an qui requiert une aide technique à la posture personnalisée;
- 2o à une personne assurée âgée de 3 ans et plus mais dont le poids ne dépasse pas 63 kg.

+ 55. Malgré l'article 38, un appareil apparaissant à une énumération figurant à la section II ou à la section III de la Partie I du Tarif, ou l'un de ses composants ou compléments, n'est assuré que si l'appareil est fourni à une personne assurée qui requiert une aide technique à la posture personnalisée.

Ne sont assurés que le service d'ajustement et le service de réparation de ces seuls appareils, de leurs composants ou compléments, fournis dans le même cas.

56. Malgré l'article 38, n'est assurée l'aide à la posture apparaissant à une énumération figurant au Tarif que lorsqu'elle est fournie à une personne assurée visée à l'article 51 ou 53, et à qui appartient un fauteuil roulant assuré ou à qui est fourni un fauteuil roulant non assuré par un établissement visé à l'article 52 dans lequel elle est hébergée. Le premier alinéa ne s'applique pas quant à la possession du fauteuil roulant, dans le cas d'une aide technique à la posture personnalisée, dans la situation visée au premier alinéa de l'article 55.

57. Une aide à la locomotion fournie à une personne assurée n'est assurée que si cette dernière a retourné à un établissement toute aide à la locomotion qu'elle a, le cas échéant, en sa possession et dont la Régie a déjà assumé le coût, sauf dans le cas où cette dernière deviendrait l'appareil additionnel accordé en application du deuxième alinéa de l'article 50 ou du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 51. De même, un appareil qui n'est plus utilisé par une personne assurée à la suite de son décès ou d'un changement survenu dans sa condition physique doit être retourné à un établissement qui exploite un centre de réadaptation qui offre des services d'aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice et qui détient un permis délivré par le ministre en vertu de l'article 437 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de l'article 136 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5).

Tiré du manuel du programme d'appareils suppléant à une déficience physique :

http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/280-deficience-physique/000_complet_defi_phys.pdf

ADMISSIBILITÉ À UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL POUR UN USAGER EN CHSLD OU EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT

Objet : Précisions par rapport à l'admissibilité pour un fauteuil roulant manuel, pour un bénéficiaire hébergé dans un centre d'hébergement de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné.

Voici un rappel de la réglementation :

Article 52. « [...] Malgré les articles 38 et 51, **un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments**, apparaissant à une énumération figurant au présent titre, **n'est pas assuré s'il est fourni à un bénéficiaire hébergé dans un centre d'hébergement de soins de longue durée ou dans un établissement privé conventionné visé à la Loi[...]** Toutefois, **un fauteuil roulant à propulsion manuelle, son composant ou son complément, est assuré, même s'il est fourni à un tel bénéficiaire, s'il est démontré, au moyen d'une évaluation** réalisée par les personnes visées à l'article 72 (évaluation par un SAT), **qu'aucun fauteuil roulant faisant partie de l'inventaire** de tel établissement privé conventionné, de l'établissement public qui exploite un tel centre d'hébergement ou de tel centre hospitalier, selon le cas, **ne peut être utilisé de façon autonome par le bénéficiaire en raison d'une incapacité particulière et que seule l'utilisation de façon autonome d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle lui permettra de maintenir ou de développer sa capacité de se déplacer.** »

Précisions par rapport à l'application de cette règle :

- Dès qu'un usager est en attente d'hébergement, l'article 52 s'applique.
- Le bénéficiaire doit être admissible à un fauteuil roulant manuel (fma) conformément à l'article 51.
- La marche doit être non-fonctionnelle pour l'accomplissement des tâches quotidiennes.
- L'utilisation du fma doit être QUOTIDIENNE et le bénéficiaire doit être autonome pour la propulsion. CECI DOIT ÊTRE CLAIREMENT INDIQUÉ DANS LE RAPPORT.
- Le fma demandé doit correspondre à un fauteuil roulant HORS-STANDARD (donc non-disponible dans l'inventaire de l'établissement) et ceci doit être clairement justifié.
- Un fma est considéré HORS-STANDARD s'il comporte une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - Largeur de l'assise inférieure à 16" ou supérieure à 18"
 - Profondeur de l'assise inférieure à 16" ou supérieure à 18"
 - Hauteur siège-sol inférieure à 18"
 - Dossier inclinable ou angle variable
 - De type robuste
 - Conduite unilatérale
 - Cerceau à projections obliques
 - Autre composant spécial

SERVICE DES AIDES TECHNIQUES

Châteauguay

250, chemin du Christ-Roi QC J6J 4G7

Téléphone : 450 692-3171

Sans frais : 1 866 301-3171

Télécopieur : 450 692-9754

Saint-Hubert

5300, chemin de Chambly QC J3Y 3N7

Téléphone : 450 462-8638

Sans frais : 1 877 462-8638

Télécopieur : 450 462-8640

Saint-Hyacinthe

730, rue Saint-Pierre Est QC J2T 1N2

Téléphone : 450 774-3263

Sans frais : 1 866 774-4104

Télécopieur : 450 774-6310

www.cmrmonteregie.ca

450 676-7447 - 1 877 667-4369

ATME 450 676-9841

