

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

DÉPISTAGE PRÉOPÉRATOIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE CLIENTÈLE PTG-PTH

- ☐ Prothèse totale du genou
- ☐ Prothèse unicompartmentale du genou
- ☐ Prothèse totale de la hanche
- ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Bilatérale

Nom du chirurgien : _____ Date prévue de la chirurgie : _____

aaaa-mm-jj

Est-ce votre première chirurgie pour ce type de prothèse? ☐ Oui ☐ Non

SANTÉ	
Quelle est votre grandeur? _____(pieds) ou _____(mètres)	
Avez-vous d'autre(s) maladie(s) connue(s)? Précisez : _____	☐ Oui ☐ Non
Est-ce que vous gérez la prise de vos médicaments vous-même?	☐ Oui ☐ Non
Vous arrive-t-il d'oublier des faits récents? Par exemple : le nom des gens de votre entourage, dates et heures de vos rendez-vous, etc.?	☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois
Est-ce que vous oubliez des choses de la vie courante? Par exemple : prise de vos médicaments, fermer la cuisinière, etc.?	☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois
Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir désorienté dans un endroit connu?	☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois
Est-ce qu'il vous arrive de ne pas vous souvenir à quel moment de la journée vous êtes? (matin, midi, soir)	☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois
Quelle est votre capacité à saisir et à comprendre de nouvelles explications?	☐ Bonne ☐ Diminuée
Vous sentez-vous apte à suivre un programme d'exercices écrit qui vous sera expliqué?	☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
Souffrez-vous d'incontinence urinaire?	☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids sans avoir essayé de perdre du poids? (Si le patient dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est NON).	☐ Oui ☐ Non
DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE , mangez- vous moins que d'habitude?	☐ Oui ☐ Non

Nom :

Prénom :

#Dossier :

HISTOIRE SOCIALE	
Vivez-vous seul?	☐ Oui ☐ Non Avez qui vivez-vous? ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant(s) ☐ Autre(s) : _____
Avez-vous un aidant disponible pour votre retour à domicile?	☐ Oui - Âge de l'aidant : _____ ans ☐ Non
Votre aidant est-il apte à vous aider dans les premières journées après la chirurgie?	☐ Oui ☐ Non

CAPACITÉS FONCTIONNELLES ACTUELLES				
Pour chacune des activités, faites un "X" dans la case qui correspond à votre niveau actuel de capacité :				
Activités		<i>Vous êtes autonome</i>	<i>Vous êtes autonome mais avec difficulté</i>	<i>Vous avez besoin de l'aide d'une personne</i>
Transferts	Assis à debout OU debout à assis			
	Couché à assis OU assis à couché			
	Se tourner dans le lit			
Habillage	S'habiller			
	Se déshabiller			
Hygiène	Se laver au bain			
	Se laver à la douche			
	Aller à la toilette			
Alimentation	Manger			
	Préparer les repas			
Ménage	Effectuer le ménage			

MARCHE	
Aide technique	☐ Aucune aide technique ☐ Canne simple ☐ Canne quadripode ☐ Marchette ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Autre : _____
Endurance	Je peux marcher sans repos sur une distance d'environ _____ pieds ou _____ mètres. Je peux marcher sans repos pendant _____ minutes.

ESCALIERS	
Parmi les choix suivants, quel type d'aide utilisez-vous présentement dans les escaliers?	☐ Aucune aide ☐ Main courante ☐ Canne ☐ Aide d'une personne ☐ Autre : _____
De quelle façon montez-vous les escaliers?	☐ Alternée (pied gauche, ensuite pied droit, etc.) ☐ Non alternée (toujours le même pied qui monte la marche en premier)
De quelle façon descendez-vous les escaliers?	☐ Alternée (pied gauche, ensuite pied droit, etc.) ☐ Non alternée (toujours le même pied qui descend la marche en premier)

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ENVIRONNEMENT	
Maison	
Dans quel genre de maison habitez-vous?	☐ Bungalow ☐ Cottage ☐ Logement ou condominium ☐ Résidence privée ☐ Autre : _____
Y a-t-il un ascenseur?	☐ Oui ☐ Non
À quel étage votre chambre à coucher est-elle située?	☐ Au rez-de-chaussée ☐ Au 2 ^e étage ☐ Au sous-sol
Escaliers	
Escaliers intérieurs pour aller au sous-sol?	☐ Oui ☐ Non Nombre de marches : _____ ☐ Oui ☐ Non
Escaliers intérieurs pour aller au 2 ^e étage?	☐ Oui ☐ Non Nombre de marches : _____ ☐ Oui ☐ Non
Escaliers extérieurs?	☐ Oui ☐ Non Nombre de marches : _____ ☐ Oui ☐ Non
Salle de bain	
Où est-elle située?	☐ Au rez-de-chaussée ☐ Au 2 ^e étage ☐ Au sous-sol
Quelle est la forme de la cuvette?	☐ Ronde ☐ Allongée ☐ Je ne sais pas
Le meuble de lavabo peut-il être utilisé comme appui solide pour vous aider à vous asseoir ou à vous relever de la toilette?	☐ Oui ☐ Non
Lorsque vous êtes assis sur le siège de la toilette;	☐ Vos genoux sont PLUS HAUTS que vos hanches ☐ Vos genoux sont À LA MÊME HAUTEUR que vos hanches ☐ Vos genoux sont PLUS BAS que vos hanches
Quel type de douche avez-vous?	☐ Douche dans la baignoire ☐ Cabine de douche
Quel type de baignoire avez-vous?	☐ Standard ☐ Autre : _____ (Exemples : podium, sur pattes, autoportant, etc.)
Actuellement, êtes-vous capable d'enjamber le rebord de la baignoire?	☐ Oui ☐ Non

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

aaaa/mm/jj

Coordonnées de l'utilisateur : _____

Adresse

Téléphone

À L'USAGE DE L'INTERVENANT	
Requête nécessaire pour évaluation préopératoire en physiothérapie à domicile : ☐ Oui ☐ Non	
Commentaires : _____	
Nom de l'intervenant (lettres moulées) : _____	
☐ PHT / ☐ TRP ☐ INFIRMIÈRE	
Signature: _____	Date : _____
☐ PHT / ☐ TRP	☐ INFIRMIÈRE
aaaa-mm-jj	
SVP ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ PAR TÉLÉCOPIEUR :	
☐ CLSC Châteauguay 450-699-3508 ☐ CLSC Jardins-du Québec 450-454-2909 ☐ CLSC Kateri 450-659-1642 ☐ CLSC Vaudreuil-Dorion 450-455-6192	☐ CLSC Beauharnois 450-371-4689 ☐ CLSC Valleyfield 450-371-4689 ☐ CLSC Saint-Polycarpe 450-265-3556 ☐ CLSC Huntingdon 450-264-6801