

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ERGOTHÉRAPIE NOTE DE CONGÉ

Motif de la référence : _____

Diagnostic : _____ Date de prise en charge : _____

Date de référence : _____ Date du congé / fin des interventions : _____

MOTIF DE LA CESSATION

- ☐ Transfert vers un autre établissement : _____ ☐ Congé hôpital avant la fin des interventions
- ☐ Atteinte d'un plateau thérapeutique ☐ Cessation reliée à la réalisation des objectifs
- ☐ Pas d'autre intervention requise en ergothérapie ☐ Autre : _____

NIVEAU D'ATTEINTE DES OBJECTIFS

- ☐ Voir note réadaptation fonctionnelle intensive-gériatrie active
- ☐ Voir plan d'intervention disciplinaire en ergothérapie

SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS

- ☐ Évaluation fonctionnelle
- ☐ Évaluation de la fonction neuromusculosquelettique
- ☐ Appréciation/dépistage cognitif et perceptuel
- ☐ Dépistage des capacités reliées à la conduite automobile
- ☐ Évaluation de l'autonomie à l'alimentation et de la capacité de déglutition
- ☐ Décider de l'utilisation des mesures de contrôle et/ou mesure de remplacement
- ☐ Évaluation de l'interaction des capacités/incapacités de la personne, de ses habitudes de vie et des facteurs environnementaux sur l'intégrité de la peau.
- ☐ Interventions et/ou entraînement relativement aux :
- ☐ AVQ ☐ AVD ☐ Transferts/déplacements ☐ Capacités physiques
- ☐ Capacités perceptivo-cognitives ☐ Mesures de contrôle et/ou mesures de remplacement
- ☐ Enseignement : _____
- ☐ Positionnement : _____
- ☐ Transport routier : ☐ Vignette de stationnement ☐ Transport adapté ☐ Déclaration d'invalidité
- ☐ Interventions auprès de la famille : _____
- ☐ Autres démarches : _____

ENVIRONNEMENTS

DIMENSIONS DE LA PERSONNE

Physique : _____

Cognitif : _____

Affective : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

ÉTAT FONCTIONNEL DE L'USAGER

- ☐ voir évaluation initiale pour détails (non-réévalué au congé car évaluation initiale récente)
☐ voir notes d'évolution ergo pour détails

Légende :

I = Indépendant

C = Indépendant avec compensation

S = supervision

A = Assistance partielle

D = Dépendant

***** = implication du CLSC

N/E = Non-évalué

S/O = Sans objet

AVD = Activités de la vie domestique

AVQ = Activités de la quotidienne

Avant l'admission

Au congé

Alimentation

Élimination

Hygiène

Habillage

Mobilité au lit

AVQ Transfert couché ↔ assis

Transfert assis ↔ debout

Transfert toilette

Transfert au bain

Déplacements

Escaliers

Transfert à l'auto

Préparation des repas

Entretien ménager/lessive

Gestion des finances

AVD Gestion des médicaments

Télécommunication

Courses

Conduite auto

RECOMMANDATIONS ET PLAN DE CONGÉ

☐ Orientation au congé : ☐ RAD/milieu de vie ☐ RI ☐ RTF ☐ RPA ☐ CHSLD

☐ Fin des services en ergothérapie

☐ Poursuite des services en ergothérapie : _____

☐ Référence vers le CLSC (DPSAPA) : _____

☐ Référence vers : ☐ UTRF ☐ URFI ☐ PEIO ☐ Convalescence légère ☐ Gériatrie active

☐ Programme d'activités à domicile : _____

☐ Prêt d'équipement par CLSC : _____

☐ Achat d'équipement par l'utilisateur/famille : _____

☐ Cessation de la conduite auto : ☐ dans l'attente d'une lettre de confirmation de la SAAQ

☐ dans l'attente de l'accord du médecin traitant pour la reprise de la conduite auto

☐ Autre : _____

☐ L'utilisateur et/ou sa famille a été informé des conclusions et des recommandations en ergothérapie.

☐ L'utilisateur et/ou sa famille est en accord avec les résultats et les recommandations en ergothérapie.

☐ L'utilisateur et/ou sa famille a été informé de la fin des interventions en ergothérapie.

Signature de l'ergothérapeute

No. permis OEQ

Date aaaa/mm/jj