

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

ERGOTHÉRAPIE ÉVALUATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

☐ Femme ☐ Homme ☐ Droitier ☐ Gaucher Âge : _____ ans

Référence en ergothérapie : _____ par Dr. : _____

Motif de consultation : _____

Usager rencontré le : _____ en ergothérapie

aaaa/mm/jj

afin de procéder à une évaluation du rendement
occupationnel dans le but d'optimiser :

- ☐ L'autonomie dans les soins personnels
☐ Les activités productives
☐ La reprise des activités de loisirs habituelles
☐ Autre : _____

☐ Le consentement de l'usager a été obtenu après l'explication du but et de la nature de l'évaluation en ergothérapie.

MODALITÉS D'ÉVALUATION

- ☐ Entrevue avec l'usager ☐ Discussion avec le référent ☐ Tests standardisés ☐ Mise en situation (contexte simulé)
☐ Observation directe ☐ Consultation de documents ☐ Test non standardisé

Questionnaire auto-administré: ☐ _____ Résultat : _____ Date : _____
☐ _____ Résultat : _____ Date : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Histoire de la maladie actuelle : _____

Chirurgie/Intervention : _____

Antécédents/Conditions associées : _____

Médication en lien avec le diagnostic actuel: _____

Attentes de l'usager : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

ENVIRONNEMENT

Physique: _____

Social: _____

Culturel : _____

Institutionnel: _____

OCCUPATIONS

SOINS PERSONNELS

Fonctionnement antérieur : _____

Fonctionnement actuel:

	Autonome	
		Remarques
Sommeil		
Hygiène personnelle		
Soins de l'apparence		
Habillage		
Alimentation		
Mobilité		
Transport		

LOISIRS

Fonctionnement antérieur (loisirs sédentaires et loisirs actifs) : _____

Fonctionnement actuel : _____

PRODUCTIVITÉ

Fonctionnement antérieur : _____

Dossier _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Fonctionnement actuel :

	Autonome	Remarques
Préparation des repas		
Approvisionnement		
Entretien intérieur		
Entretien extérieur		
Soins des enfants		
Bénévolat		
Scolarité		
Écriture		

Employeur : _____

Poste occupé : _____

Horaire de travail : _____

Statut actuel : _____

Description sommaire des exigences de la tâche (rapportée par l'utilisateur) : _____

Difficultés anticipées par l'utilisateur : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

PERSONNE

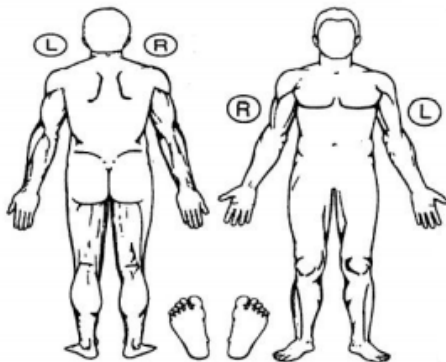
Dimension affective: _____

Dimension spirituelle: _____

Dimension cognitive: _____

Dimensions physiques:

Localisation de la douleur:



Caractéristiques de la douleur : _____

Fréquence de la douleur : _____

Intensité de la douleur : _____

MOBILITÉ DU TRONC ET DES MEMBRES INFÉRIEURS

Assis : _____

Debout statique : _____

Debout semi-statique/semi-dynamique : _____

Marcher à l'intérieur : _____

Marcher à l'extérieur : _____

Équilibre : _____

Escalier :

Monter : _____

Descendre : _____

Grimper : _____

Abaissement au sol : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom de la mère : _____

MOBILITÉ DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Zone de préhension horizontale : _____

Zone de préhension verticale :

Sous la hauteur des épaules : _____

Au-dessus de la hauteur des épaules : _____

Hauteur au-dessus de la tête : _____

Coordination : _____

Dextérité fine : _____

Force de préhension : _____

Manutention :

Pousser : _____

Tirer : _____

Manutention bilatérale : _____

Manutention unilatérale : _____

Endurance générale à l'effort : _____

Autres : _____

Signature de l'ergothérapeute

No. de permis

Date: _____
 aaaa/mm/jj