

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

PORTRAIT FONCTIONNEL EN PHYSIOTHÉRAPIE SAD

Ce formulaire doit être complété par un professionnel en physiothérapie.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Adresse :	Numéro d'appartement :	
Ville :	Code postal :	Profil I-CLSC :

CONSENTEMENT AU SERVICE ET IDENTIFICATION DE L'USAGER		
L'utilisateur consent verbalement à la prise en charge en physiothérapie :	☐ Oui	☐ Non
Date du consentement verbal :		
La double identification de l'utilisateur a été réalisée	☐ Oui	☐ Non
Raison de la consultation :		
Attentes/objectifs de l'utilisateur :		

ANAMNÈSE
Histoire actuelle :
Profil d'autonomie antérieur vs actuel :
Diagnostic principal :
Conditions associées / antécédents :
Contre-indications / précautions :

Nom : Prénom : #Dossier :

Examens diagnostics :
Médication et allergies :
Histoire de chutes :
Environnement physique :
Environnement social :
AVQ/AVD :

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE				
Salle de bain située au : ☐ Sous-sol ☐ RDC ☐ 2 ^e étage				
Description de l'environnement physique : ☐ Voir le plan de la salle de bain dans le Guide aux soins d'hygiène				
Bain/douche :	Oui	Non	S/O	Commentaires
Baignoire	☐	☐	☐	
Cabine de douche	☐	☐	☐	
Barres d'appui murales	☐	☐	☐	
Douche téléphone	☐	☐	☐	
Tapis antidérapant intérieur	☐	☐	☐	
Tapis antidérapant extérieur	☐	☐	☐	
Siège :	☐	☐	☐	
Toilette : ☐ Ronde ☐ Allongée				
Surélévation de la toilette ☐ 2" ☐ 4"	☐	☐	☐	☐ Sans appui-bras intégré ☐ Avec appui-bras intégrés
Barre d'appui murale	☐	☐	☐	
Appui sécuritaire fixé à la toilette	☐	☐	☐	
Autres appuis :	☐	☐	☐	
Lit :				
Barre d'appui :	☐	☐	☐	

ÉVALUATION SUBJECTIVE
Douleurs :

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Perception chaleur/froid :
Informations complémentaires :
Impacts fonctionnels :
Autres plaintes :

ÉVALUATION OBJECTIVE

Observations générales :
Dominance :
Fonction mentale supérieure :
Comportement :
Communication :
Vision/audition :
Respiration :
Posture :

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Trophicité (peau, œdème, bilan trophique) :						
L'utilisateur est capable de :	Oui	Non	Équilibre :	Bon	Précaire	Nul
Demeurer assis 2 minutes sans appui	☐	☐	Assis statique	☐	☐	☐
Fermer les yeux pour 10 secondes	☐	☐				
Soulever un pied à la fois à 1 pied du sol	☐	☐	Assis dynamique	☐	☐	☐
Rester debout 2 minutes	☐	☐	Debout statique	☐	☐	☐
Rester debout les yeux fermés pour 10 secondes	☐	☐				
Soulever un pied à la fois en station debout ☐ Avec appui ☐ Sans appui	☐	☐	Debout dynamique	☐	☐	☐
Commentaires spécifiques à l'équilibre :						
Bilan musculaire qualitatif (préhension, MS, MI) :						
Endurance à l'effort :						
Commentaires :						
L'utilisateur est-il capable de :	Oui	Non	S/O	Commentaires		
Toucher le derrière de sa tête avec ses mains	☐	☐	☐			
Toucher le derrière de son dos	☐	☐	☐			
Croiser les jambes	☐	☐	☐			
Exécuter une flexion plantaire	☐	☐	☐			
Exécuter une flexion dorsale	☐	☐	☐			
Exécuter une triple flexion	☐	☐	☐			
Toucher au sol	☐	☐	☐			
Atteindre le fessier	☐	☐	☐			
Atteindre les parties génitales	☐	☐	☐			
Ouvrir/fermer le robinet	☐	☐	☐			

Nom :

Prénom :

#Dossier :

PORTRAIT DE LA MOBILITÉ FONCTIONNELLE								
Légende A = Assistance S/O = Sans objet AT = Aide technique	L'utilisateur accomplit la tâche							Commentaires
	Seul	Avec difficulté	Avec stimulation / supervision	A x 1	A x 2	Assistance totale	S/O	
TRANSFERTS								
Assis-couché	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Assis-debout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Utilisation requise des membres supérieurs : ☐ Oui ☐ Non
Lit-fauteuil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Bain/douche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Toilette	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
MOBILITÉ AU LIT								
Décubitus dorsal-latéral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Se remonter au lit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Pont	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
DÉPLACEMENTS								
Utilisation des escaliers	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Utilisation requise de la main courante : ☐ Oui ☐ Non
Marche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	AT utilisées : ☐ Canne ☐ Marchette ☐ Ambulateur
Patron de marche :								
Distance de marche :								
Endurance à la marche :								
Commentaires :								
Tests complémentaires (requis, demandés, etc.) :								

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ANALYSE

INTERVENTIONS /RECOMMANDATIONS	Prévues	Réalisées	S/O
Enseignement de l'utilisation sécuritaire d'aides techniques	☐	☐	☐
Demande de service à l'ASSS désigné	☐	☐	☐
Mise en place d'aide à l'hygiène Se référer au CLI-60410 - Guide aux soins d'hygiène	☐	☐	☐
Démarches pour l'obtention de préalables visant un suivi en physiothérapie Spécifiez :	☐	☐	☐
Achat(s) suggéré(s) :	☐	☐	☐
Prêt(s) d'équipement(s) :	☐	☐	☐
Fin de l'intervention en physiothérapie	☐	☐	☐
Commentaires :			

Usager consent aux recommandations proposées : ☐ Oui ☐ Non

Nom du professionnel : _____

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____

aaaa/mm/jj