



Installation : _____

ÉVALUATION DES PRÉALABLES À LA CONDUITE D'UN VÉHICULE DE PROMENADE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

☐ Rapport d'évaluation

☐ Annexe complémentaire à : _____

☐ Référé le : _____ Par : _____

Pour : _____

Sera vu en ergothérapie pour : _____

Date(s) d'évaluation : _____

☐ Le consentement de l'utilisateur à l'évaluation a été obtenu après l'explication du rôle de l'ergothérapeute, du but et de la nature de l'évaluation en ergothérapie

HISTOIRE MÉDICALE

☐ Pour cette section, voir données recueillies au formulaire :

Modalités d'évaluation

☐ Entrevue avec l'utilisateur

☐ Discussion avec le référent

☐ Entrevue avec la famille / proche

☐ Consultation de documents : _____

Diagnostic, conditions associées et antécédents pouvant avoir un impact au niveau de la conduite :

☐ Limitations fonctionnelles permanentes (physique) : _____

☐ Limitations fonctionnelles permanentes (cognitive) : _____

☐ Maladie ou pathologie affectant la vision : _____

☐ Risque d'événements subits au volant ou limitations épisodiques : _____

☐ Troubles liés à la consommation de substances et effets secondaires des médicaments : _____

☐ Autres : _____

Médication actuelle pouvant avoir un impact au niveau de la conduite : _____

Préoccupations liées aux capacités de conduire rapportées par la famille ou les proches : _____

PERSONNE

☐ Pour cette section, voir données recueillies au formulaire :

Modalités d'évaluation

☐ Entrevue avec l'utilisateur

☐ Discussion avec le référent

☐ Test(s) standardisé(s)

☐ Test (s) non-standardisé(s)

☐ Entrevue avec la famille / proche

☐ Mise en situation

☐ Consultation de documents : _____

ATTENTES ET BESOINS FACE À LA CONDUITE D'UN VÉHICULE**CAPACITÉS PHYSIQUES****Colonne cervicale** : Amplitudes articulaires actives : Rotation droite : _____ Rotation gauche : _____**Membres supérieurs** : Dominance : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Ambidextre

Amplitudes articulaires actives	Gauche	Droite
Épaule : Mains derrière la tête		
Épaule : Mains à l'épaule opposée		
Épaule : Mains derrière le dos		
Coude : Flexion		
Coude : Extension		
Poignet : Flexion		
Poignet : Extension		

Légende : F=Fonctionnelles ↓ = Altérée N-E=Non-évaluées

Force de préhension

	Force musculaire (échelle 0 à 5)	Dynamomètre			
		Essai 1 (kg)	Essai 2 (kg)	Essai 3 (kg)	Moyenne (Kg)
Main dominante					
Main non-dominante					

Test doigt-nez

	Gauche (aller-retour)	Droite (aller-retour)
Hauteur des yeux (coordination)		
Au-dessus de la tête (proprioception)		

Membres inférieurs

Capacité de déplacement :

Capacité de transfert :

Test de marche rapide (Rapid Pace Walk) :

Alternate Foot Tap : _____ secondes

Fonctions sensorielles :

Plante du pied droit : ☐ Sans particularité ☐ Atteinte Précision :Plante du pied gauche : ☐ Sans particularité ☐ Atteinte Précision :

	Amplitude articulaire active		Force musculaire		Contrôle des mouvements		Proprioception	
	D	G	D	G	D	G	D	G
Cheville : Flexion plantaire		*		*		*		*
Cheville : Dorsiflexion		*		*		*		*
Genou : Flexion				*		*		*
Hanche Flexion		*		*		*		*
Hanche : Extension		*		*		*		*

Légende : * à évaluer si conduite avec transmission manuelle. F=Fonctionnelles ↓ = Altérée N-E=Non-évalué

**ÉVALUATION DES PRÉALABLES À LA
CONDUITE D'UN VÉHICULE DE PROMENADE**

VISION
1. Est-ce qu'il y a des difficultés observées au niveau de l'acuité visuelle, le champs visuel et le « tracking » ?
2. Date du dernier examen de la vue ?
3. Est-ce qu'une diminution de la vitesse du traitement de l'information est observée ?

Autres tests effectués :

HABILETÉS PERCEPTIVO-COGNITIVES
MMSE : _____ /30 Interprétation :
MOCA : _____ /30 Interprétation :
Horloge : _____ /10 (selon la cotation de Rouleau, 1996) Interprétation :
Trail Making B : _____ Interprétation :
Test des cloches : _____ /35 Durée : _____ Interprétation :
Motor-Free Perception Test-4 (MVPT-4) : _____ Interprétation :

Useful Field of View (UFOV) : _____ Interprétation :

Reconnaissance des panneaux de signalisation :

Autocritique et jugement de l'usager face à ses capacités de conduite
1. Est-ce que votre condition de santé influence vos capacités à conduire de façon sécuritaire?
2. Croyez-vous que certains médicaments que vous prenez influencent vos capacités à conduire de façon sécuritaire?
3. Trouvez-vous que votre conduite a changé dans les 10 dernières années (habitudes de conduite)? Si oui, quelles en sont les différences (stratégies compensatoires)?
4. Est-ce qu'il y a des moments où vous ne conduisez pas (habitudes de conduite)? Si oui, pourquoi?
5. Que feriez-vous si votre voiture avait une crevaison? Si l'usager répond : Changer le pneu. Demandez : Que feriez-vous si vous n'aviez pas les outils nécessaires?
6. Que feriez-vous si vous aviez un rendez-vous médical dans un endroit où vous n'êtes jamais allé?

Autres tests effectués :

ENVIRONNEMENT
☐ Pour cette section, voir données recueillies au formulaire :
Modalités d'évaluation
☐ Entrevue avec l'usager ☐ Discussion avec le référent ☐ Appel à la SAAQ ☐ Entrevue avec la famille / proche ☐ Consultation de documents : _____
Permis valide : ☐ Oui ☐ Non
Classe de permis : _____
Condition(s) assortissant(s) le permis : ☐ Aucune ☐ Obligatoire : _____
Transmission : ☐ Manuelle ☐ Automatique

OCCUPATION
☐ Pour cette section, voir données recueillies au formulaire :
Modalités d'évaluation
☐ Entrevue avec l'usager ☐ Discussion avec le référent ☐ Test standardisé ☐ Test non-standardisé ☐ Entrevue avec la famille / proche ☐ Mise en situation ☐ Consultation de documents : _____

HISTOIRE ET HABITUDES DE CONDUITE D'UN VÉHICULE

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)			
☐ Aucune difficulté fonctionnelle à accomplir les AVQ			
☐ Des difficultés cognitives impactent l'accomplissement des AVQs de façon	☐ Partielle	☐ Modérée	☐ Complète
Précisez :			
☐ Des difficultés physiques impactent l'accomplissement des AVQs de façon	☐ Partielle	☐ Modérée	☐ Complète
Précisez :			

ACTIVITÉS DE LA VIE DOMESTIQUE (AVD)			
☐ Aucune difficulté fonctionnelle à accomplir les AVD			
☐ Des difficultés cognitives impactent l'accomplissement des AVDs de façon	☐ Partielle	☐ Modérée	☐ Complète
Précisez :			
☐ Des difficultés physiques impactent l'accomplissement des AVDs de façon	☐ Partielle	☐ Modérée	☐ Complète
Précisez :			

TRAVAIL/BÉNÉVOLAT/LOISIRS			
Nécessite l'usage d'un véhicule moteur : ☐ Non ☐ Oui Précision :			

ANALYSE

RECOMMANDATIONS DONNÉES À L'USAGER	
☐ Poursuite de la conduite d'un véhicule moteur	
☐ Limitation ou modification des habitudes de conduite jusqu'à ce que la SAAQ ait rendu une décision sur la validité du permis de conduire :	
☐ Cessation de la conduite d'un véhicule moteur dans l'attente de : ☐ la réception d'une lettre de confirmation de la SAAQ ☐ l'accord du médecin traitant pour la reprise de la conduite d'un véhicule ☐ l'accord de l'ergothérapeute de soins post-aigus :	
☐ Proposition de cours de conduite de mise à niveau via une école de conduite	
☐ Référence vers d'autres professionnels afin de conserver ou d'améliorer l'état de santé de l'utilisateur afin de maintenir le plus longtemps possible une bonne capacité de conduite	
☐ Autre :	

RECOMMANDATIONS À ENVOYER À LA SAAQ VIA DÉCLARATION D'INAPTITUDE

- ☐ Non-applicable
- ☐ L'utilisateur ne représente pas un danger mais pourrait bénéficier de certaines interventions pour optimiser sa conduite
- ☐ L'utilisateur présente des difficultés qui nécessitent une évaluation approfondie de son aptitude à conduire via :
- ☐ Évaluation sur la route par la SAAQ ☐ Évaluation complète par un ergothérapeute (M-57)
- ☐ Évaluation médicale (M-28) ☐ Évaluation par un optométriste ou un ophtalmologiste (M-5)
- ☐ L'utilisateur présente des difficultés si importantes et ne possède pas de potentiel de récupération ou d'amélioration de sa condition que son permis de conduire devrait lui être retiré

RECOMMANDATIONS À L'USAGER

- ☐ Aucune autre intervention requise en ergothérapie. Congé et fermeture du dossier
- ☐ Interventions à venir en lien avec la conduite d'un véhicule routier :
- ☐ Brochure remise à l'utilisateur : _____
- ☐ Discussion avec la famille/proche avec l'accord de l'utilisateur
- ☐ Renseigner l'utilisateur au niveau des alternatives face au transport
- ☐ Rédaction et envoi d'une déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier à la SAAQ au bureau du service médical (Fax : 1-418-643-4840 ou 1-844-362-8590)
- ☐ Discussion avec Md. Traitant et recommandation de complétion d'un M-28
- ☐ Aucune autre intervention reliée à la conduite d'un véhicule mais poursuite des évaluations/traitements en ergothérapie
- ☐ Discussion en équipe multidisciplinaire des impacts de la (des) recommandation(s) face à la conduite d'un véhicule de promenade
- ☐ Autre :

Consentement

- ☐ Les résultats et les recommandations ont été expliqués à ☐ L'utilisateur ☐ La personne habilitée à consentir :
- ☐ L'utilisateur et la personne habilitée à consentir, le cas ☐ Oui ☐ Non*
- échéant, est en accord avec les recommandations

* Voir les notes d'évolutions du _____ pour informations complémentaires en cas de désaccord aux recommandations

Signature de l'ergothérapeute	No. Permis	Date (AAAA-MM-JJ)