



HME
MCH
 HGM
MGH
 HRV
RVH
 HNM
MNH
 ITM
MCI
 CL
LC



Ergothérapie

**Évaluation au chevet de la déglutition sécuritaire
par la bouche**

Occupational Therapy
Bedside functional evaluation of swallowing abilities and safety
to eat by mouth

Page 1 de/of 4

Date: ____/____/____
A A Y Y M M J D

Identification et diagnostic/Identification and diagnosis: _____

Raison de référence/Reason for referral: _____

SYMPTÔMES DE DYSPHAGIE ET FACTEURS DE RISQUE – HISTOIRE / DYSPHAGIA SYMPTOMS AND RISK

FACTORS - HISTORY : **Source** : Dossier/Chart Employé(e)/Staff Famille/Family Patient

PERFORMANCE OCCUPATIONNELLE / OCCUPATIONAL PERFORMANCE

SE NOURRIR/EATING: Indépendant/Independent Supervision Préparation/Set-up

Assisté(e)/Assisted _____

Essais alimentaires / PO Trials (observations) : Marquer (✓) si observé ./ Check (✓) if observed

	Purée Pureed	Liquide épaissi Thick liquid	Solide Solid	Liquide Regular liquid	Autre Other
Consistance et quantité utilisées Consistency and quantity used					
Transition orale lente Prolonged oral transit time					
Rythme inadéquat Improper pacing					
Contrôle salivaire Saliva control					
Déglutition spontanée Spontaneous swallow					
Déglutition forcée Effortful swallow					
Déglutitions multiples Multiple swallows					
Déglutition retardée Delayed swallow					
Résidu oral Oral residue					
Changement de voix/Voice change (Voix mouillée/Vocal wetness)					
Raclement de la gorge Throat clearing					
Toux Cough					
Étouffement Choking					
Déficit élévation et suspension laryngée Impaired laryngeal elevation and suspension					
Alternance avec liquide Alternating with liquids					
Tolérance diminuée/Decreased tolerance					

Commentaires/Comments: _____

COMPOSANTES OCCUPATIONNELLES / OCCUPATIONAL PERFORMANCE COMPONENTS

Textures-méthode d'alimentation présente/Current textures-method of intake: _____

OBSERVATIONS GÉNÉRALES / GENERAL OBSERVATIONS :

Trachéostomie/Tracheostomy : _____

Succion/Suction (Fréquence/Frequency) : _____

Oxygène/Oxygen : % Litre par minute / % Litre per minute: _____

Autre/Other : _____

FONCTIONS ORO-MOTRICES / ORAL-MOTOR FUNCTION:

Dentition: _____ **Hygiène buccale/Oral hygiene:** _____

Contrôle salivaire/Drooling: _____

STATUT PHYSIQUE/ PHYSICAL STATUS:

Fonctions /Functions : Membres supérieurs/ Upper Extremities _____

Posture: _____

Tolérance de la position assise/Sitting tolerance: _____ **Transfert/transfer:** _____

MANDIBULE ET FONCTIONS LABIALES MANDIBLE AND LABIAL FUNCTIONS		Déficit /Deficit		Observations (AA/ ROM, sensation, tonus /tone, coordination, force /strength)
		Oui/Yes	Non/No	
Mandibule Mandible	Repos/At rest			
	Ouverture/Opening			
	Fermeture/Closure			
Fonctions labiales Labial functions	Repos/At rest			
	Fermeture/Closure			
	Étirement/Spread			
	Arrondissement/Rounding			
	Ouverture/Opening			
	Sortir les lèvres/Pursing			
FONCTIONS LINGUALES ET DU VOILE LINGUAL FUNCTIONS AND VELAR FUNCTION		Déficit/ Deficit		Observations (AA/ ROM, sensation, tonus /tone, coordination, force /strength)
		Oui/Yes	Non/No	
Fonction linguale Lingual function	Repos/At rest			
	Propulsion/Retraction			
	Mouvement latéral gauche Left lateral movement			
	Mouvement latéral droit Right lateral movement			
	Élévation apex/Tip			
	Élévation dos/Back			
Fonction du voile Velar function	Repos /at rest			
	Élévation / Elevation			

Page 3 de/of 4

FONCTIONS LARYNGÉES LARYNGEAL FUNCTIONS	Observations		Observations
Avaler volontairement Voluntary swallow		Qualité de voix Vocal quality	
Élévation du cartilage Elevation of cartilage		Toux volontaire Voluntary cough	
Raclements de la gorge Throat clearing		Contrôle de sécrétion Secretion management	
Taux de Diadochokinetic Diadochokinetic rate		Durée de Phonation Phonation time	

RÉFLEXES/REFLEXES:

Primitifs/Primitive: _____

STATUT COGNITIF-PERCEPTUEL / COGNITIVE-PERCEPTUAL STATUS

Observations: _____

Analyse/Analysis: _____

Recommandations et Plan / Recommendations and Plan

Textures recommandées/Recommended textures: _____

Niveau d'assistance pour l'alimentation/Level of assistance when eating: _____

Investigation: Gorgée Barytée Modifiée/Modified Barrium Swallow **Autre/Other :** _____

Spécialités recommandées/Specialties Recommended :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie/Gastroenterology | <input type="checkbox"/> Neurologie/ Neurology |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie/Speech Therapy | <input type="checkbox"/> Nutrition/Clinical Nutrition |
| <input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologie/Otorhinolaryngology | <input type="checkbox"/> Autre/Other _____ |

Stratégies/Strategies:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne pas nourrir si somnolent
Do not feed if drowsy | <input type="checkbox"/> Alterner entre _____ et _____
Alternate between _____ and _____ |
| <input type="checkbox"/> Aide pour la préparation du cabaret
Assist to set-up meal tray | <input type="checkbox"/> Rotation tête _____
Head turns to _____ |
| <input type="checkbox"/> S'asseoir à 90° (chaise/lit) pendant le repas et 15-20 minutes après
Sitting at 90° (bed/chair) during meals and 15-20 minutes post | <input type="checkbox"/> Liquides avec une cuillère
Liquids from spoon |
| <input type="checkbox"/> Requiert un environnement calme
Needs quiet environment | <input type="checkbox"/> Avaler avec effort
Effortful swallow |
| <input type="checkbox"/> Manger lentement
Eat slowly | <input type="checkbox"/> Pas de paille
No straws |
| <input type="checkbox"/> Petites bouchées et gorgées
Small sips and bites | <input type="checkbox"/> Vérifier les résidus post-déglutition
Check for residue post swallow |
| <input type="checkbox"/> Aide verbale pour avaler
Verbal assistance to swallow | <input type="checkbox"/> Hygiène de la bouche après chaque repas
Mouthcare after each meal |
| <input type="checkbox"/> Fléchir le menton pendant déglutition
Chin-tuck with swallow | <input type="checkbox"/> Ustensiles adaptés
Adapted utensils |
| | <input type="checkbox"/> Glace ou éponges humides seulement
Ice chips or wet swab only |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avaler ____ fois sans nourriture à chaque _____ bouchée(s) et/ou _____ gorgée(s)
Dry swallow ____ times after every ____ bite(s) and or _____ sip(s) | <input type="checkbox"/> Médicaments écrasés, petits morceaux, pris avec _____ (Vérifier avec l'infirmière)
Medication crushed, small pieces taken with _____ (Verify with nurse) |
| <input type="checkbox"/> Dire au patient de se racler la gorge après avoir avalé/ Cue patient to clear throat after each swallow | <input type="checkbox"/> Simplifier le cabaret
Simplify tray remove unnecessary items |
| <input type="checkbox"/> Mettre dentier/ Wear dentures | <input type="checkbox"/> Bien mastiquer/ Chew well |
| | <input type="checkbox"/> Autre/Other _____ |

SVP surveiller pour les signes d'aspiration (toux et/ou changement de voix après déglutition, fièvre, détérioration sur radiographie des poumons, etc.) et aviser l'ergothérapeute.

Please monitor for signs of aspiration (coughing and / or change in voice post swallow, fever, worsening chest x-ray, etc.) and notify occupational therapist.

Buts/Goals: Au congé le patient sera capable de/ At discharge the patient will be able to :

- Manger/Eat** _____ **sans difficulté ou signe d'aspiration/without difficulty or sign of aspiration.**
- Boire/Drink** _____ **sans difficulté ou signe d'aspiration/without difficulty or sign of aspiration.**
- Utiliser des stratégies compensatoires pour minimiser les risques d'aspiration de façon indépendante** ____; **avec supervision** ____ ; **ou avec assistance** ____ /*Use strategies to minimize risk for aspiration independently* ____; *with supervision* ____; *or with assistance* ____.
- Manger ou boire de façon indépendante** ____; **avec supervision** ____ ; **ou avec assistance** ____ **pour tous les repas/** Eat all meals independently ____; with supervision ____; or with assistance ____.
- S'asseoir à la chaise de façon indépendante ou avec assistance pour tous les repas/Sit in chair for all meals independently or with assistance.**
- Patient non-sécuritaire pour alimentation orale en ce moment, se nourrira par la bouche lorsque approprié/Patient not safe to eat by mouth at present, will begin eating by mouth when appropriate.**

- | | | | |
|----------------------|---|--|--|
| Interventions | <input type="checkbox"/> Stratégies compensatoires
<i>Compensatory strategies</i> | <input type="checkbox"/> Exercices de remédiation
<i>Remediation exercises</i> | <input type="checkbox"/> Éducation
Education |
| | <input type="checkbox"/> Pratique de repas/Meal practice | <input type="checkbox"/> Monitoring | <input type="checkbox"/> Autre/Other |

Réévaluation prévue pour/Re-evaluation planned for: _____

Le patient ou représentant légal consent à l'évaluation The patient or legal representative consents to the evaluation	Oui/ Yes <input type="checkbox"/>	Non/No <input type="checkbox"/>
--	---	---

Le patient ou représentant légal est informé des résultats de l'évaluation The patient or legal representative is informed of the results of the evaluation	Oui/ Yes <input type="checkbox"/>	Non/No <input type="checkbox"/>
---	---	---

Le patient ou représentant légal consent au plan d'intervention The patient or legal representative consents to the intervention plan	Oui/ Yes <input type="checkbox"/>	Non/No <input type="checkbox"/>
---	---	---

Signature de l'ergothérapeute / Occupational therapist's signature: _____

Date: ____/____/____
AAYY MM JD