



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



**Patients Admis/ In-Patient**  
**ERGOTHÉRAPIE / OCCUPATIONAL THERAPY**

**ÉVALUATION INITIALE**      **SOMMAIRE DE CONGÉ**  
 INITIAL EVALUATION      DISCHARGE SUMMARY



Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAYY    MM    JD

Page 1 de/of 2

Identification et diagnostic / and diagnosis: \_\_\_\_\_

Raison de la référence en ergothérapie / Reason for referral in OT: \_\_\_\_\_

**1. ENVIRONNEMENT / ENVIRONMENT**

| Social  | Physique / Physical   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seul / Alone<br><input type="checkbox"/> Avec conjoint / With spouse<br><input type="checkbox"/> Avec famille / With family<br><input type="checkbox"/> CLSC (voir ci-dessous / see below)<br><input type="checkbox"/> Autre / Other | <input type="checkbox"/> Maison / House ; Étages / Floors : _____<br><input type="checkbox"/> Appartement / Apartment ; Étage / Floor : _____<br><input type="checkbox"/> Escaliers / Stairs : Intérieur/Indoors ____ Extérieur/Outdoor __ <input type="checkbox"/> Ascenseur/Elevator<br><input type="checkbox"/> Bain / Tub <input type="checkbox"/> Cabine de douche / Shower stall<br>Équipements adaptés / Adapted equipment : _____ |

Habitudes de vie antérieure / Function prior to admission : \_\_\_\_\_

**2. Occupation / Occupation :**

Activités de la vie quotidienne (AVQs) / Activities of daily living (ADLs)

| Résultats obtenus par / Results obtained by :<br>O = Observation<br>E = Entrevue / Interview<br>M = Mise en situation / Task simulation | Indépendant<br>Independent | Indép.<br>modifiée | Supervision | Assist. min.<br>Min. assist. | Assist. mod.<br>Mod. assist. | Assist. max.<br>Max. assist. | Assist. totale<br>Total assist. | Non- évalué<br>Not tested | Légende / Legend :  |  |
|---|----------------------------|--------------------|-------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---|--|
|   |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           | Indép. modifiée = Indépendant avec aide technique ou plus lent<br>Independent with assistive device or slower<br>Supervision ou aide pour la préparation / Supervision or setup<br>Assist min. = patient fait >75% de la tâche/ patient performs > 75% of the task<br>Assist mod. = patient fait 50-74% / patient performs 50-74%<br>Assist max. = patient fait 25-49% / patient performs 25-49%<br>Assist totale = patient fait < 25% / patient performs < 25% |  |
| Alimentation / Feeding  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           | <b>Dysphagie</b><br>Dysphagia <input type="checkbox"/>  |  |
| Soins de l'apparence / Grooming   |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Hygiène corporelle / Bathing  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Habiller le haut du corps<br>Dressing UB  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Habiller le bas du corps<br>Dressing LB   |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Hygiène excrétrice / Toileting  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Transferts / Transfers<br>• Mobilité au lit / Bed mobility  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| • Lit ↔ chaise / Bed ↔ chair  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| • Toilette / Toilet   |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| • Bain ou douche / Tub or shower  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Marche et/ou fauteuil roulant<br>Walk and/or wheelchair   |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |
| Escaliers / Stairs  |                            |                    |             |                              |                              |                              |                                 |                           |   |  |

DM-1210 (REV 2012/12/04) CUSM Repr MUJHC

VERSO →

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| Nom / Name : | No dossier / MRN number : |
|--------------|---------------------------|

**Activités de la vie domestique (AVDs) / Instrumental activities of daily living (IADLs)**

|  | I | S | A | NÉ<br>NT |  |
|--|---|---|---|----------|--|
|  |   |   |   |          | <b>Légende / Legend :</b><br>I = Indépendant / Independent ; S = Supervision; A = Assistance ; NÉ / NT = Non-évalué / Not tested |
|  |   |   |   |          | <b>Commentaires / Comments</b>   |
| Entretien ménager<br>Household chores        |   |   |   |          |  |
| Préparation des repas<br>Meal preparation    |   |   |   |          |  |
| Épicerie / Groceries                         |   |   |   |          |  |
| Finances                                     |   |   |   |          |  |
| Utilisation du téléphone<br>Use of telephone |   |   |   |          |  |
| Conduite automobile / Driving                |   |   |   |          |  |
| Déplacements/Transportation                  |   |   |   |          |  |
| Médication / Medication                      |   |   |   |          |  |

**3. CAPACITÉS (INCAPACITÉS) / ABILITIES (DISABILITIES)**

**Composantes physiques / Physical components :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Composantes cognitives et perceptuelles / Cognitive-perceptual components :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autres composantes / Other components :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. ANALYSE / ANALYSIS :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le patient consent à l'évaluation  Oui / Yes  Non / No est informé des résultats de l'évaluation  Oui / Yes  Non / No et consent au plan d'intervention  Oui / Yes  Non / No  
 The patient consents to the evaluation is informed of the results of the evaluation and consents to the intervention plan

**Recommandations pour CLSC** / **Évaluation du CLSC pour** / CLSC evaluation for:  **sécurité à domicile** / home safety  
 Recommendations for CLSC  **équipements de salle de bain** / bathroom equipment  
 **Urgent** **Assistance pour** / Assistance for  **bain** / bathing  **épicerie** / groceries  **repas** / meal preparation  
 **tâches ménagères** / household chores

**Interventions reçues** / Interventions done :  **Vignette de stationnement** / Parking sticker  **Transport adapté** / Adapted transport  
 **Demande de fauteuil roulant (RAMQ)** / Wheelchair request (RAMQ)  
 **Demande d'évaluation de conduite automobile** / Driving evaluation requested \_\_\_\_\_  
 **Lifeline**  **Autre** / Other :

Le patient consent à la transmission de ce document  Oui / Yes  Non / No **Signature de l'ergothérapeute :** / Occupational therapist's signature \_\_\_\_\_  
 The patient consents to the transmission of this document