



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



### Ergothérapie

Évaluation de la déglutition

Gorgée Barytée Modifiée (GBM)

Page 1 de/ of 4

Occupational Therapy

Evaluation of swallowing abilities

Modified Barium Swallow (MBS)

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

**Le patient ou représentant légal consent à l'évaluation**

The patient or legal representative consents to the evaluation

Oui / Yes

Non /No

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

Raison de référence/Reason for referral : **S'assurer que le patient est sécuritaire pour l'alimentation orale**

Ensure patient is safe to eat by mouth

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

HISTORIQUE/HISTORY SOURCE:  Dossier/Chart  Employé/Staff  Famille/Family  Patient

Date (AAYY/MM/JD) et recommandations de la dernière évaluation / Date and recommendations of last evaluation : \_\_\_\_\_

#### PERFORMANCE OCCUPATIONNELLE / OCCUPATIONAL PERFORMANCE

SE NOURRIR/EATING:  Indépendant/Independent  Supervision  Préparation/Set-up  Assisté(e)/Assisted

#### COMPOSANTES OCCUPATIONNELLES OBSERVÉES / OCCUPATIONAL COMPONENTS OBSERVATIONS

##### • FONCTIONS RESPIRATOIRES / RESPIRATORY FUNCTIONS :

- Oxygène/Oxygen (% Litre par/per minute) : \_\_\_\_\_
- Succion (Fréquence) / Suction (Frequency) : \_\_\_\_\_
- Trachéostomie/Tracheostomy : \_\_\_\_\_
- Autre /Other: \_\_\_\_\_

##### • ÉTAT PHYSIQUE / PHYSICAL STATUS:

- Fonctions membres supérieurs/ Upper extremite functions: \_\_\_\_\_
- Posture: \_\_\_\_\_
- Position pour test / Position for Test:  Debout/Standing  Assis/Sitting  Civière/ Stretcher  Autre/Other: \_\_\_\_\_

##### • ÉTAT COGNITIF-PERCEPTUEL / COGNITIVE-PERCEPTUAL STATUS :

Observations: \_\_\_\_\_

##### • FONCTIONS ORO-MOTRICES / ORAL-MOTOR FUNCTIONS :

(Documenter si résultats différent de l'évaluation au chevet / Document only if findings differ from bedside evaluation)

- Dentition: \_\_\_\_\_
- Hygiène buccale / Oral hygiene : \_\_\_\_\_
- Contrôle salivaire / saliva control: \_\_\_\_\_
- Fonctions linguales et labiales / Labial and lingual functions : \_\_\_\_\_
- Fonctions Laryngées / Laryngeal functions : \_\_\_\_\_

	PURÉE PUREED	LIQUIDES ÉPAISSIS THICK LIQUIDS	LIQUIDES LIQUIDS	SOLIDES SOLIDS	AUTRE OTHER
Nourriture / Food used					
Quantité/ Quantity					
<b>OBSERVATIONS AU GBM/ MBS Observations (vue laterale / lateral view) :</b> (√ si observé / √ if observed )					
<b>Phase Orale/ Oral Phase</b>					
Déficit formation bolus Bolus formation deficit					
Déficit propulsion bolus Bolus propulsion deficit					
<b>Phase Pharyngée / Pharyngeal Phase</b>					
Déficit de la fermeture du nasopharynx Deficit of nasopharyngeal sealing (regurgitation)					
Déficit de rétraction postérieure de la langue Posterior tongue retraction deficit					
Déficit élévation larynx Laryngeal elevation deficit					
Déficit mouvement de l'épiglotte Epiglottic movement deficit					
Stases valléculaires Pooling in vallecula					
Stases dans les sinus pyriformes Pooling in pyriform sinuses					
Délais d'initiation du réflexe déglutition Swallowing reflex trigger delay					
Niveau d'initiation Trigger level :					
Pénétration / penetration					
Aspiration / Aspiration					
Toux / Coughing					
Dégagement des voies respiratoires (après pénétration) / Airways clearing (post penetration)					
Résidus dégagés après 2 <sup>ème</sup> déglutition Residue cleared by 2 <sup>nd</sup> swallow					
Résidus dégagés après plusieurs déglutitions Residue cleared by multiple swallows					
Résidus dégagés après gorgée de liquide Residue cleared by liquid chaser					
Signes de dysfonction cricopharyngée Cricopharyngeal dysfunction signs					

Nom / Name :

No dossier / MRN :

COMMENTAIRES (Inclue vue antérieure si applicable) / COMMENTS (Includes anterior view if applicable): \_\_\_\_\_

STRATÉGIES DE DÉGLUTITION Swallowing Strategies	OBSERVATIONS

**Analyse / Analysis**

---



---



---



---

**Recommandations et Plan / Recommendations and Plan**

- Patient **non-sécuritaire** pour alimentation orale / Patient **not safe** to eat by mouth.
- Patient **peut initier ou continuer l'alimentation orale** / Patient can eat or continue eating by mouth:

- **Textures recommandées** / Recommended textures: \_\_\_\_\_
- **Niveau d'assistance pour l'alimentation** / Level of assistance when eating: \_\_\_\_\_
- **Investigation:**     **Répéter GBM/** Repeat MBS     **Autre/** Other : \_\_\_\_\_
- **Disciplines recommandées** / Recommended disciplines :
  - Nutrition/** Clinical Nutrition     **Otorhinolaryngologie/** Otorhinolaryngology     **Orthophonie/** Speech Therapy
  - Neurologie/** Neurology     **Gastro-entérologie/** Gastroenterology     **Autre/** Other \_\_\_\_\_

**STATEGIES / STRATEGIES:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Ne pas nourrir si somnolent</b><br>Do not feed if drowsy   | <input type="checkbox"/> <b>Alterner entre</b> _____ <b>et</b> _____<br>Alternate between _____ and _____   |
| <input type="checkbox"/> <b>Aide pour la préparation du cabaret</b><br>Assist to set-up meal tray  | <input type="checkbox"/> <b>Rotation tête</b> _____<br>Head turns to _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>S'assoit à 90° (chaise/lit) pendant le repas et 15-20 minutes après</b><br>Sitting at 90° (bed/chair) during meals and 15-20 minutes post                      | <input type="checkbox"/> <b>Liquides avec une cuillère</b><br>Liquids from spoon  |
| <input type="checkbox"/> <b>Requiert un environnement calme</b><br>Needs quiet environment   | <input type="checkbox"/> <b>Avaler avec effort</b><br>Effortful swallow   |
| <input type="checkbox"/> <b>Manger lentement</b><br>Eat slowly   | <input type="checkbox"/> <b>Pas de paille</b><br>No straws  |
| <input type="checkbox"/> <b>Petites bouchées et gorgées</b><br>Small sips and bites  | <input type="checkbox"/> <b>Vérifier les résidus post-déglutition</b><br>Check for residue post swallow   |
| <input type="checkbox"/> <b>Aide verbale pour avaler</b><br>Verbal assistance to swallow   | <input type="checkbox"/> <b>Hygiène de la bouche après chaque repas</b><br>Mouthcare after each meal  |
| <input type="checkbox"/> <b>Fléchir le menton pendant déglutition</b><br>Chin-tuck with swallow  | <input type="checkbox"/> <b>Ustensiles adaptés</b><br>Adapted utensils  |
| <input type="checkbox"/> <b>Avaler _____ fois sans nourriture à chaque _____ bouchée(s) et/ou _____ gorgée(s)</b><br>Dry swallow _____ times after every _____ bite(s) and or _____ sip(s) | <input type="checkbox"/> <b>Glace ou éponges humides seulement</b><br>Ice chips or wet swab only  |
| <input type="checkbox"/> <b>Dire au patient de se racler la gorge après avoir avalé</b><br>Cue patient to clear throat after each swallow  | <input type="checkbox"/> <b>Médicaments écrasés, petits morceaux, pris avec _____ (Vérifier avec l'infirmière)</b><br>Medication crushed, small pieces taken with _____ (Verify with nurse) |
| <input type="checkbox"/> <b>Mettre dentier/</b> Wear dentures  | <input type="checkbox"/> <b>Simplifier le cabaret</b><br>Simplify tray remove unnecessary items   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Bien mastiquer/</b> Chew well   |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Autre/</b> 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.

**But Général / General Goal**

**Patient sera suivi en ergothérapie afin de manger et boire de façon indépendant et sécuritaire au congé**  
Patient will be followed by OT to maximize ability to eat and drink safely and independently at discharge

**Buts spécifique / Specific 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**  **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
  
- Autre/Other:** \_\_\_\_\_

- |                      |  |   |  |
|----------------------|--|---|--|
| <b>INTERVENTIONS</b> | <input type="checkbox"/> <b>Stratégies compensatoires</b><br>Compensatory strategies | <input type="checkbox"/> <b>Exercices de remédiation</b><br>Remediation exercises | <input type="checkbox"/> <b>Éducation</b>    |
|                      | <input type="checkbox"/> <b>Pratique de repas</b><br>Meal practice                   | <input type="checkbox"/> <b>Surveillance</b><br>Monitoring                        | <input type="checkbox"/> <b>Autre/ Other</b> |

**Ré-évaluation prévue pour/ Re-evaluation planned for:** \_\_\_\_\_

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

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

<b>Diététicien et membres de l'équipe sont avisés des recommandations</b> Dietician and team members made aware of recommendations	<b>Oui/ Yes</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non/ No</b> <input type="checkbox"/>
---	---	--

**Signature de l'ergothérapeute / Occupational therapist's signature:** \_\_\_\_\_

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