



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



* F M U - 1 2 8 7 *

ERGOTHERAPIE SANTÉ MENTALE
MENTAL HEALTH OCCUPATIONAL THERAPY

Page 1 de/of 3

Date : _____
AAYY/MM/JD

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

Identification et diagnostic / Identification and diagnosis _____

Raison de la référence en ergothérapie / Reason for referral in Occupational Therapy

Source d'information / Data Collection

- Revue du dossier** **Entrevue avec client** **Entrevue avec la famille**
- Chart review* *Interview with client* *Interview with family*
- Équipe référente** **TSAC** (Traitement des soins au chevet) **Autre**
- Treatment team* *TCAB* (Treatment care at beside) *Other* _____

Histoire actuelle de la maladie / History of present illness

DOMAINES DU FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL
OCCUPATIONAL DOMAINS

I **CONTEXTE / CONTEXT**

1.1 **Social**

1.2 **Culturel / Cultural**

1.3 **Physique / Physical**

II **SPHÈRES /AREAS**

2.1 **Soins Personnels / Self-Care**

AVQ/ADL _____

AVD/IADL _____

2.2 **Activités productives/Productivity**

2.3 **Loisirs /Leisure**

III **COMPOSANTES DE LA PERFORMANCE**

FUNCTIONAL PERFORMANCE COMPONENTS

3.1 **Fonctionnement cognitif / Cognitive functioning**

3.2. **Psychologique / Psychological**

3.3. **Social**

3.4. **Physique/Physical**

Nom / Name :

No dossier / MRN :

ANALYSE / ANALYSIS :

OBJECTIFS OBJECTIVES

MODALITÉS ET MOYENS D'INTERVENTION
MODALITIES AND MEANS OF INTERVENTION

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Le patient consent à l'évaluation
Patient consents to the evaluation

Oui /Yes **Non / No**

Le patient est informé des résultats de l'évaluation
Patient is informed of the results of the evaluation

Oui /Yes **Non / No**

Le patient consent au plan d'intervention
Patient consents to the intervention plan

Oui /Yes **Non / No**

Signature de l'ergothérapeute

Occupational Therapist's signature _____

Date: _____

AAYY/MM/JD