



<input type="checkbox"/> HME	<input checked="" type="checkbox"/> HGM	<input checked="" type="checkbox"/> HRV
<input type="checkbox"/> MCH	<input type="checkbox"/> MGH	<input type="checkbox"/> RVH
<input type="checkbox"/> HNM	<input type="checkbox"/> ITM	<input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> MNH	<input type="checkbox"/> MCI	<input type="checkbox"/> LC



**ERGOTHÉRAPIE / CENTRE DE LA MAIN
RÉSUMÉ / EXTERNE**

OCCUPATIONAL THERAPY/HAND CENTER
RÉSUMÉ / OUTPATIENT

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

Date du congé / Date of discharge : _____
A A Y Y / M M / J D

Voir les mesures finales d'ergothérapie dans le dossier médical / See Occupational Therapist notes in medical chart for objectives findings

Motif de cessation des interventions / Reason for discontinuation of therapy:

- Objectifs atteints / Objectives reached
- Congé sur ordonnance médicale / as ordered by physician
- Changement d'approche thérapeutique / Change in therapeutic approach
- Retour au travail / return to work
- Transfert de clinique / Transfer to another facility
- Arrêt des interventions demandées par le client / client's request to terminate therapy
- Ne s'est pas présenté à son dernier rendez-vous et n'a pas contacté le département / Client did not arrive at last scheduled appointment and has not contacted the department :

Objectifs atteints / Objectives reached :

Client est autonome pour AVQ/AVD / Client is independent in ADL'S / IADL'S : Oui /Yes Non /No

Client est autonome pour le travail / Client is independent at work : Oui /Yes Non /No

Client est autonome pour ses loisirs / Client is independent for leisure : Oui /Yes Non /No

Objectifs non atteints / Objectives not reached:

Analyse / Analysis

Recommandations au congé / Recommendations on discharge

Signature _____ Lettres moulées / Print _____