

Évaluation de l'autonomie à domicile - Québec 1985

**Évaluation  
de l'autonomie  
et de l'indépendance**

Nom de la personne		Nom de l'évaluateur		1
				n° dossier

Date : Évaluation complète Évaluation partielle

Thèmes évalués	oui	non	Remarques sur la décision de ne pas investiguer	Section complétée le
• Capacité de voir, d'entendre et de parler (page 2)				
• Mobilité physique (page 2, page 3)				
• Autonomie fonctionnelle (page 4)				
• Élimination, soins particuliers requis, médication (page 5)				
• Habitudes de vie (page 6)				
• Utilisation des services (page 7)				
• Relations familiales et sociales (page 8, page 9)				
• Support du réseau naturel (page 9)				
• Responsabilités de la personne (page 10)				
• Activités personnelles et communautaires (page 10)				
• Conditions économiques (page 11)				
• Conditions de logement (page 12)				
• Opinion de la personne face sa situation et à son orientation (page 13)				
• Aptitudes intellectuelles, état affectif, comportement (page 14)				

Lucie Mac

Avez-vous des problèmes pour...	Faisent abstraction des appareillages			Appareillage		
	Non	Limitation		Oui	Non	Type d'appareillage Commentaires sur l'adéquation et l'utilisation réelle
		Mineure	Majeure			
VOIR ?						
ENTENDRE ?						
PARLER ?						
Commentaires						

## MOBILITÉ PHYSIQUE

## A- LIMITATION OU PERTE D'UNE PARTIE DU CORPS

Avez-vous de la difficulté à faire certains mouvements ? oui  non 

Partie(s) du corps	Description de la limitation pour chaque partie du corps atteinte. Depuis quand ?
Main gauche ou droite	
Bra gauche ou droit	
Hanche gauche ou droite	
Jambe gauche ou droite	
Pied gauche ou droit	
Côté du corps gauche/droit	
Région cervicale	
Colonne vertébrale	
Généralisé	
Êtes-vous ? <input type="checkbox"/> droitier ? <input type="checkbox"/> gaucher ? Utilisez-vous une compensation ? <input type="checkbox"/> cravate <input type="checkbox"/> orthèse... <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> prothèse... <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant non motorisé _____ <input type="checkbox"/> rampes, boîtes d'appui <input type="checkbox"/> fauteuil roulant motorisé _____ Vous appartiennent ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si une (ou des) compensation est utilisée avez vous besoin d'aide pour vous en servir ? Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Commentaires :	

**B - RÉADAPTATION (SI PROBLÈMES DE MOBILITÉ PRÉCÉDEMMENT ÉNONCÉS)**

Avez-vous déjà entrepris de la réadaptation en rapport avec votre problème de mobilité ?

oui, préciser : type, durée, quand, où, résultats

non, pourquoi ?

Commentaires

**C - AIRE DE DÉPLACEMENT**

Tenant compte de la (ou des) compensation MAIS EXCLUANT L'AIDE D'AUTRUI.

Jusqu'où pouvez-vous vous déplacer ?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> pleine mobilité                                  | Dans ce cas, cocher les items ci-dessous. |   |
| <input type="checkbox"/> pleine mobilité avec restrictions occasionnelles |   | <input type="checkbox"/> mobilité restreinte au domicile  |
| <input type="checkbox"/> pleine mobilité avec lenteur                     |   | <input type="checkbox"/> mobilité restreinte à la chambre |
| <input type="checkbox"/> pleine mobilité - aise réduite                   |   | <input type="checkbox"/> mobilité restreinte au fauteuil  |
| <input type="checkbox"/> mobilité restreinte au voisinage du domicile     |   | <input type="checkbox"/> mobilité nulle                   |

Préciser le (ou les) facteur limitant les déplacements

• Inhérent à la personne

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> limitation de la mobilité d'un (ou des) membre | <input type="checkbox"/> obésité                  |
| <input type="checkbox"/> amputation d'un (ou des) membre                | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques     |
| <input type="checkbox"/> troubles d'équilibre                           | <input type="checkbox"/> problèmes respiratoires  |
| <input type="checkbox"/> problèmes d'ordre psychologique                | <input type="checkbox"/> inactivité, hypoactivité |
| <input type="checkbox"/> cécité   | <input type="checkbox"/> autre, préciser :        |

• Extérieur ou bénéficiaire

- barrières architecturales, préciser :
- manque de ressources matérielles, préciser :
- autre, préciser :

Si le (ou les) facteur est extérieur ou bénéficiaire lui-même préciser quelle pourrait être son aise de déplacement en l'absence d'un tel obstacle.

Commentaires :

Faites-vous les activités suivantes ?	Activité exécutée				Si activité exécutée sans aide : préciser si le fait d'exécuter l'activité sans aide oblige la personne à faire un effort particulier. Si activité exécutée avec aide d'autrui : préciser le type d'aide apportée et qui l'aide actuellement. Si activité exécutée par autrui ou non exécutée : indiquer la (ou les) raison et si extérieure à la personne, préciser son POTENTIEL à réaliser l'activité.
	sans aide	avec aide	par autrui	non	
- vous servir à manger					
- manger					
- préparer des repas légers (déjeuners)					
- préparer des repas complets					
- vous laver					
- vous raser					
- prendre un bain ou une douche					
- vous laver la tête					
- vous habiller, vous déshabiller					
- utiliser les toilettes					
- vous lever, vous coucher					
- marcher					
- sortir à l'extérieur l'été					
- sortir à l'extérieur l'hiver					
- monter et descendre les escaliers					
- faire vos courses					
- utiliser les transports en commun l'été					
- utiliser les transports en commun l'hiver					
- utiliser le téléphone					
- faire l'entretien ménager régulier					
- faire la lessive					
- faire le grand ménage (travaux lourds)					
- autre :					
<p>Durant la dernière année, votre capacité d'accomplir ces différentes activités...</p> <p><input type="checkbox"/> s'est améliorée    <input type="checkbox"/> est restée stable    <input type="checkbox"/> a diminué    <input type="checkbox"/> a fortement diminué</p> <p>Expliquer :</p>					
Commentaires					

Avez-vous des problèmes d'incontinence ?

Urinaire

- oui    diurne    nocturne    cracune compensation    cracune aide requise  
 non | fréquence :    condom    sonde    aide requise, assuée par :  
 couche

Fécale

- oui    diurne    nocturne    cracune compensation    cracune aide requise  
 non | fréquence :    colostomie    aide requise, assuée par :  
 couche

Détaillez tout problème :

Commentaires

#### SOINS PARTICULIERS REQUIS (si pertinent)

Indiquer les soins particuliers requis par la personne actuellement :

- gavage    oxygène    aspiration des sécrétions    insuline    stomie    pansements  
 autre :

Remarques (ex.: personne autonome ou a besoin d'aide, type d'aide, fréquence, etc.)

#### MÉDICATION

Prenez-vous des médicaments ?  oui  non ➔ Ne pas compléter le reste de la section

Nom	Dose	Pour quels problèmes ?	Prescrit	
			oui	non

Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos médicaments ?  oui  non

Si oui, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous (ex.: ouvrir le contenant, identifier le médicament, etc.) ?

Commentaires

## SOMMEIL - REPOS

Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?  oui  non

Si non, pourquoi ?

Faites-vous la sieste durant la journée ?  oui  non

## TABAC

Est-ce que vous fumez ?  oui  non

Commentaires :

## ALCOOL

Est-ce que vous consommez de l'alcool (bière, vin, etc.)  oui  non

Commentaires :

## APPÉTIT - ALIMENTATION - RÉGIME

• Mangez-vous HABITUELLEMENT avec appétit ?  oui  non

• Mangez-vous ?  seul  avec d'autres :

• Où mangez-vous habituellement ?  salle à manger/cuisine  extérieur  lit  
 hors de chez-vous : où ?

• Consommez-vous... ?

	<i>Jr</i>	<i>Sem</i>	<i>Rarement ou jamais</i>		<i>Jr</i>	<i>Sem</i>	<i>Rarement ou jamais</i>
• lait et produits laitiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• sucreries, desserts, liqueurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• viande et substituts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fruits/légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• thé, café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pain et céréales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

• Suivez-vous un régime actuellement ?  oui  non

Si oui, quel genre de régime suivez-vous ?

Vous a-t-il été prescrit par un médecin ?  oui  non

## DENTURE

Avez-vous des problèmes avec vos dents (naturelles ou prothèses) ?  oui  non

Si oui, préciser :

Commentaires :



Avez-vous...	Non	Oui	Préciser la fréquence et le type des contacts (visites, appels, sorties)
• des enfants ?		Nb.	
• des petits enfants ?		Nb.	
• de la parenté ?			
• des amis ?			

#### DYNAMIQUE DES ÉCHANGES ET SATISFACTION DE LA PERSONNE

Préciser la nature des relations de la personne avec sa famille d'une part et avec les autres personnes de son entourage d'autre part. Fournir également son opinion sur la satisfaction qu'elle en retire.

• Relations avec la famille (conjoint, enfants, parents)

• Autres relations sociales (amis, voisins, etc.)

#### PERCEPTION DE SA SITUATION SOCIALE ACTUELLE À L'ÉGARD DE SON ENTOURAGE

Préciser comment la personne perçoit l'impact de sa perte d'autonomie sur son entourage

## ÉVÉNEMENTS PARTICULIERS

La personne a-t-elle vécu un (ou des) ÉVÉNEMENT PARTICULIER qui ait encore un impact sur sa situation actuelle ?  oui  non

Si oui, préciser lequel (ou lesquels), quand cela s'est passé et comment la personne réagit face à cet événement.

Commentaire

## SUPPORT DU RÉSEAU NATUREL

La personne reçoit-elle du support d'une ou de personnes de son entourage pour ses activités quotidiennes ? (ex.: aide aux A.V.G., soins d'hygiène et de santé, contacts d'amitié, support moral, sécurisation, etc.)

oui - Compléter A  non - Compléter B

## A. SUPPORT DE L'ENTOURAGE

Préciser quelle(s) personne lui apporte du support et ce qu'elle fait pour elle.

renvoi aux informations inscrites sous le thème "Autonomie fonctionnelle" (page4)

autres informations, préciser :

L'aide que reçoit la personne demeure-t-elle disponible dans l'avenir ?  oui  non

Si oui, la personne se sent-elle mal à l'aise de demander de l'aide ?

oui - Préciser pourquoi  non

Est-ce que l'aide reçue actuellement est suffisante ?

oui - Ne pas compléter le reste de la section  non - Compléter B

Si l'aide disponible ne le demeure pas dans l'avenir, expliquer pourquoi puis compléter B

## B. ABSENCE (ou insuffisance) DE SUPPORT DE L'ENTOURAGE

De quelle aide (supplémentaire) a-t-elle besoin ?

Connait-elle une (ou des) personne qui pourrait et accepterait de combler l'absence (ou l'insuffisance) de support ?  oui, préciser qui et ce qu'elle pourrait faire pour elle  non

Commentaire

Avez-vous des responsabilités vis-à-vis d'une personne de votre entourage (familial ou autre)

oui  non → Ne pas compléter le reste de la section

Si oui, vis-à-vis de qui ? Noms

liens

âges

Quel type de responsabilités (matérielles, financières, etc.) ?

Croyez-vous pouvoir continuer à assumer ces responsabilités ?  oui  non

Si non, pourquoi ?

Commentaire

#### ACTIVITÉS PERSONNELLES ET COMMUNAUTAIRES

• À quoi vous occupez-vous durant la journée ?

• Sortez-vous à l'extérieur pour des activités (personnelles, de loisir, sociales, etc.) ?

oui - Préciser pour quelles activités :

non - Pourquoi ?

• Êtes-vous satisfait de la façon dont vous occupez vos journées ?  oui  non

• Y a-t-il une (ou des) activité que vous aimeriez faire et qui vous manque ?  oui  non

Si oui, laquelle ?

Qu'est-ce qui vous empêche actuellement de la faire (ex : problèmes d'argent, transport, etc.) ?

Commentaire

• Vos revenus vous permettent-ils de vivre de façon satisfaisante ?  oui  non

• Gérez-vous vous-même votre budget ?  oui  non

Si non, qui l'administre pour vous ?  conjoint  enfant  ami

curatelle  crabe

Nom :

Raison :

Êtes-vous satisfaite de la façon dont on gère votre budget ?  oui  non

Si non, pourquoi ?

• Quelle est votre principale source de revenu (pension, complémentaires, aide sociale, rente, etc.) ?

• Vos revenus actuels vous permettent-ils de faire face à vos obligations (loyer, nourriture, etc.)

oui  Ne pas compléter le reste de la section  non

Si non, quelles difficultés rencontrez-vous ?

• À combien évoluez-vous votre revenu mensuel ? \_\_\_\_\_ euros

• Est-il augmenté par le revenu d'autres personnes ?  oui \_\_\_\_\_ e / mois  non

• Avez-vous des biens immobiliers, de l'épargne ?  oui  non

Si oui, préciser

• Combien vous en coûte-t-il par mois pour... ?

loyer	_____
chauffage-électricité	_____
nourriture	_____
impôts	_____
autres :	_____
Total	_____ e

Ces dépenses sont-elles partagées avec d'autres personnes ?

oui  non

Si oui, préciser :

Commentaire

- Depuis combien de temps habitez-vous votre logement ? \_\_\_\_\_
- Il s'agit d'un  appartement  maison privé  pension de famille  
 HLM  crèche :
- Vous en êtes...  propriétaire  locataire  pensionnaire
- Êtes-vous satisfait de votre logement ?  oui  non  
 Si non, qu'aimeriez-vous voir améliorer ?
  
- Combien de pièces contient votre logement ? \_\_\_\_\_
- Il est situé au  rez-de-chaussée  
 \_\_\_\_\_ étage de la maison ou immeuble
- [ Accès par ...  
 escalier extérieur  
 escalier intérieur  
 ascenseur
- Est-ce que les pièces sont fonctionnelles pour vous (accessibles et utilisables) ?  oui  non  
 Si non, détailler le problème :
  
- Depuis combien de temps habitez-vous ce quartier ? \_\_\_\_\_
- Êtes-vous satisfait de votre milieu (environnement, services, sécurité, etc.) ?  oui  non  
 Si non, pourquoi ?
  
- À l'heure actuelle, cet endroit est-il encore significatif pour vous ?  oui  non  
 Si oui, pourquoi ?

N.B.: Questions à ne poser qu'aux personnes vivant à plusieurs dans un même logement

- Est-ce que le fait de loger avec d'autres personnes vous incommode ?  oui  non  
 Si oui, expliquer :
  
- Pensez-vous que l'aménagement actuel pour le logement est durable ?  oui  non  
 Si non, envisagez-vous un changement ?  oui  non  
 Si oui, lequel ? quand ?

Commentaires (ex : relation propriétaire/locataire, coût, salubrité, environnement, etc.) :



Suivant vos échanges avec la personne, fournir votre appréciation en regard des trois aspects suivants

APTITUDES INTELLECTUELLES	Aucun problème	Problème
		Manifestation du problème chez la personne ; depuis quand ?
• Orientation - temps		
• Orientation - espace		
• Orientation aux personnes		
• Mémoire ancienne		
• Mémoire récente		
• Attention		
• Compréhension		
• Jugement		
• Capacité d'adaptation		
Commentaires :		
<b>ÉTAT AFFECTIF</b> • Décrivez ce qui caractérise le mieux la personne (sentiments, humeur, émotions, volonté, etc.)		
<b>COMPORTEMENT</b> • La personne présente-t-elle un (ou des) problème de comportement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, fournir une description de son problème (manifestations, relations avec autres, attitudes, etc.)		
Commentaires :		

Par :

Nom de l'évaluateur

Profession

• Autres professionnels ayant collaboré à l'évaluation

Nom

Profession

Nom

Profession

Avec :

 personne évaluée seule personne évaluée seule EN PRÉSENCE d'une autre personne. Qui ? personne évaluée AVEC ASSISTANCE d'une autre personne. AUTRE PERSONNE que la personne évaluée qui assiste la personne ou répond à sa place lors de l'entrevue ?

Nom

Lien

Raison :

Lieu de l'évaluation

 au domicile autre

## AUTORISATION DE LA PERSONNE ÉVALUÉE

J'autorise

*nom de l'évaluateur*

mandaté par

*nom de l'organisme demandeur*

à fournir les renseignements contenus dans le présent formulaire aux personnes responsables de l'étude de ma demande de services, de même qu'à l'établissement vers lequel je pourrais être orientée ultérieurement.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée  
si la personne âgée ne peut agir

• À quel titre le fait-elle ?

 parent ou responsable autre, préciser :

À partir des informations recueillies auprès du (ou des) répondant

- A - Quels semblent être selon vous, les problèmes majeurs de la personne ?  
 B - Y-a-t-il à votre connaissance des actions qui ont été entreprises pour tenter de remédier à ceux-ci ?  
 Si oui, lesquelles ? Quelles en sont (en furent) les résultats ?  
 C - Compte tenu de la situation de la personne, quelles seraient vos recommandations ?

A. Problèmes bio-psycho-sociaux majeurs	B. Actions entreprises et résultats	C. Recommandations

Contexte de l'évaluation (climat, compétence et attitude de la personne, difficultés rencontrées)

Date :

Signature de l'évaluateur