

Déclaration du médecin traitant

Évaluation de la perte d'autonomie

IDENTIFICATION DU PATIENT (section à remplir par la personne assurée)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : jour / mois / année
 N° de la police : _____ N° d'assurance-maladie : _____

ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

1. DIAGNOSTIC (Veuillez écrire en lettres moulées.)

- 1.1. Principal : _____ Apparition des symptômes : jour / mois / année
 1.2. Secondaire : _____ Apparition des symptômes : jour / mois / année
 1.3. Symptômes actuels : _____
 1.4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : léger moyen sévère avec éléments psychotiques
 1.5. Causes ayant mené au diagnostic:
 accident maladie consommation abusive d'alcool ou de drogues autre Veuillez préciser : _____
 1.6. Dernière consultation de votre patient ? _____
 1.7. Quelle était la raison principale ? _____

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

2. BESOINS D'ASSISTANCE (Veuillez tenir compte des définitions des AVQ ci-dessous pour faire l'évaluation.)

Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.

Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres prothèses chirurgicales.

Faire sa toilette : capacité de se rendre aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle.

Être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.

Se mouvoir : capacité de se mouvoir sur et hors d'un lit, d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.

Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

- 2.1. Veuillez indiquer le degré d'assistance requis par votre patient pour accomplir les activités de la vie quotidienne en ne cochant qu'une seule case par activité.

| Activités de la vie quotidienne (AVQ) | Pas d'assistance | Requiert un peu d'assistance ou une supervision partielle | A besoin d'assistance directe |
|---------------------------------------|------------------|---|-------------------------------|
| Prendre son bain | | | |
| Se vêtir | | | |
| Faire sa toilette | | | |
| Être continent | | | |
| Se mouvoir | | | |
| Se nourrir | | | |

- 2.2. Quand votre patient a-t-il eu besoin d'assistance, partielle ou complète, pour effectuer une activité la première fois? jour / mois / année

2.3. Veuillez nous faire part de tout autre renseignement pertinent pour nous aider à comprendre les besoins d'assistance de votre patient au quotidien : _____

- 2.4. S'il y a lieu, veuillez annexer les rapports d'évaluation en ergothérapie.

Déclaration du médecin traitant

Évaluation de la perte d'autonomie

DÉFICIENCE COGNITIVE

3. La déficience cognitive doit être liée à une altération organique, telle que définie ci-dessous.

Déficience cognitive désigne une détérioration mentale et perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue.

3.1. Votre patient a-t-il reçu un diagnostic de déficience cognitive liée à une altération organique ? oui non

Si oui, veuillez préciser : _____

Date d'apparition de la déficience cognitive : _____ jour / mois / année

3.2. Tests diagnostiques effectués :

1. _____

2. _____

3. _____

Veuillez annexer une copie du rapport d'évaluation.

3.3. Quel est le degré de déficience cognitive de votre patient : aucune
 légère
 sévère; mon patient a besoin d'assistance au quotidien

3.4. Veuillez fournir tout autre renseignement pertinent lié à la capacité de votre patient à accomplir ses activités quotidiennes. _____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____ No de permis : _____

Téléphone : _____ poste : _____ Télécopieur : _____

Médecin de famille Omnipraticien Spécialiste Veuillez préciser : _____

Signature : _____ Date : _____ jour / mois / année