

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE
Fondation le Pont vers l'autonomie

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR OU UN MEMBRE DE SA FAMILLE

1. Informations personnelles

- Nom de famille : _____ Prénom : _____
- Date de naissance : _____

- Numéro de téléphone : _____
- Adresse : _____
- Ville : _____
- Code postal : _____
- Nom du père : _____ Nom de la mère : _____
- Nom du tuteur (s'il y a lieu) : _____
- Courriel : _____
- Diagnostic : _____
- Conditions associées : _____

2. Informations supplémentaires

- Êtes-vous suivi par un CRDP? _____ Si oui, lequel? _____
- Nom et coordonnées de vos intervenants :
 - Ergothérapeute : _____
 - Physiothérapeute : _____
 - Orthophoniste : _____
- Le demandeur a-t-il déjà fait l'essai d'un bras robotisé JACO? Si oui, quelle fut son expérience?

3. Environnement social

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> La personne vit seule. |
| <input type="checkbox"/> La personne vit avec un seul parent ou avec un parent une semaine sur deux ou avec un conjoint. |
| <input type="checkbox"/> La personne vit avec ses deux parents ou dans une famille d'accueil. |
| <input type="checkbox"/> La personne vit en hébergement ou en appartement adapté/supervisé ou en résidence intermédiaire avec accompagnement d'intervenants autres que les membres de la familles (employés de l'État : préposés au bénéficiaire, infirmière auxiliaire). |
- Nombre d'heures que la personne passe seule par jour : _____
 - Heures et services reçus de la part du CLSC, le cas échéant : _____
 - Qui est/sont le(s) proche(s) aidant(s) principal(aux) ? : _____
 - Quel serait l'impact de l'acquisition de JACO sur les proches aidants?

4. Autonomie personnelle

- Veuillez remplir la grille aux pages 3 et 4

5. Déplacements

- Joindre des photos des deux côtés du fauteuil roulant et de la commande SVP.

Quels sont les nouvelles activités significatives que vous accompliriez avec JACO?

MERCI DE LA CONFIANCE QUE VOUS FAITES À LA FONDATION!

*** Veuillez noter que l'envoi de ce formulaire de demande d'aide agit à titre de consentement à communiquer avec vous, avec les membres de votre famille ainsi qu'avec les professionnels qui ont contribué à fournir les informations pertinentes à la demande.**

AUTONOMIE PERSONNELLE

Alimentation

La personne peut :

- Boire seule;
- Se verser à boire;
- Manger seul avec une assiette déjà préparée.
- Couper des aliments;
- Utiliser un four à micro-ondes;
- Utiliser le grille-pain;
- Ouvrir un pot;
- Se préparer un repas simple ou modérément complexe, incluant la manipulation de la cuisinière.

Commentaires :

Hygiène et entretien de sa personne

La personne peut :

- Se gratter seule;
- Se moucher seule.
- Se nettoyer le visage seule, après le repas par exemple;
- Se brosser les dents seule;
- Se coiffer seule;
- Se raser seule.

Commentaires :

Habillage

La personne peut :

- Mettre et retirer ses lunettes seule.
- Enfiler/Retirer sa tuque ou sa casquette seule;
- Enfiler et retirer ses chaussures/pantoufles;
- Mettre et retirer ses orthèses seule.

Commentaires :

AUTONOMIE PERSONNELLE

Utilisation des commodités du logis

La personne peut

- Allumer la lumière d'une pièce;
- Allumer le téléviseur (utiliser une télécommande)
- Ajuster le thermostat;
- Ouvrir la porte du réfrigérateur;
- Activer un robinet;
- Amasser un item au sol.

Commentaires :

Loisirs et Communication

La personne peut

- Utiliser son ordinateur ou un cellulaire
- Nourrir son animal de compagnie;
- Jouer à des jeux vidéos;
- Tourner les pages d'un livre.

Commentaires :

Activités productives et Intégration sociale

La personne :

- Est à l'emploi
- Fréquente les établissements scolaires et nécessite de l'aide humaine.
- La personne souhaite entreprendre un retour au travail ou aux études.

La personne peut :

- Ranger ses courses;
- Réaliser des tâches d'entretien ménager.

Commentaires :

SECTION 2 : À FAIRE REMPLIR PAR L'ERGOTHÉRAPEUTE OU LE PHYSIOTHÉRAPEUTE DU DEMANDEUR

1. Autonomie personnelle

AUTONOMIE PERSONNELLE

Alimentation

La personne peut :

- Boire seule;
- Se verser à boire;
- Manger seul avec une assiette déjà préparée.
- Couper des aliments;
- Utiliser un four à micro-ondes;
- Utiliser le grille-pain;
- Ouvrir un pot;
- Se préparer un repas simple ou modérément complexe, incluant la manipulation de la cuisinière.

Commentaires :

**Hygiène et
entretien de sa
personne**

La personne peut :

- Se gratter seule;
- Se moucher seule.
- Se nettoyer le visage seule, après le repas par exemple;
- Se brosser les dents seule;
- Se coiffer seule;
- Se raser seule.

Commentaires :

Habillage

La personne peut :

- Mettre et retirer ses lunettes seule.
- Enfiler/Retirer sa tuque ou sa casquette seule;
- Enfiler et retirer ses chaussures/pantoufles;
- Mettre et retirer ses orthèses seule.

Commentaires :

AUTONOMIE PERSONNELLE

Utilisation des commodités du logis	La personne peut <input type="checkbox"/> Allumer la lumière d'une pièce; <input type="checkbox"/> Allumer le téléviseur (utiliser une télécommande) <input type="checkbox"/> Ajuster le thermostat; <input type="checkbox"/> Ouvrir la porte du réfrigérateur; <input type="checkbox"/> Activer un robinet; <input type="checkbox"/> Amasser un item au sol.
--	---

Commentaires :

Loisirs et Communication	La personne peut <input type="checkbox"/> Utiliser son ordinateur ou un cellulaire <input type="checkbox"/> Nourrir son animal de compagnie; <input type="checkbox"/> Jouer à des jeux vidéos; <input type="checkbox"/> Tourner les pages d'un livre.
---------------------------------	---

Commentaires :

Activités productives et Intégration sociale	La personne : <input type="checkbox"/> Est à l'emploi <input type="checkbox"/> Fréquente les établissements scolaires et nécessite de l'aide humaine. <input type="checkbox"/> La personne souhaite entreprendre un retour au travail ou aux études. La personne peut : <input type="checkbox"/> Ranger ses courses; <input type="checkbox"/> Réaliser des tâches d'entretien ménager.
---	--

Commentaires :

- **Déplacements**

- Utilisation du fauteuil roulant motorisé
 - Marque et Année: _____
 - Code RAMQ : _____
 - Type de conduite (commande manuelle et type de Joystick, commande buccale, autre) : _____
 - Un changement est-il prévu sous peu? _____

- **Communication**

- Verbale ou non-verbale : _____
- Utilisation des technologies (téléphone cellulaire, tableau de communication, autre) et mode d'activation: _____

4. Dimensions physique, cognitive et affective

- **Dimension physique**

- Dominance : _____
- Amplitudes articulaires actives (décrivez brièvement):
 - Flexion de l'épaule : _____
 - Flexion du coude : _____
 - Flexion du poignet : _____
 - Extension du poignet : _____
 - Fermeture de la main : _____
- Force de préhension : _____
- Spasticité et spasmes : _____

- Contrôle moteur : _____
- Vision : _____
- Fatigue et endurance : _____

- **Dimension cognitive**

- Potentiel à l'apprentissage de l'utilisation du bras robotisé : _____

- Appréciation de la dimension cognitive (mémoire, attention, concentration, jugement, résolution de problèmes) :

- Fatigue et endurance : _____

Ci-joint, voici les documents pertinents à la prise de décisions (ex : rapports d'évaluation récents en ergothérapie, en physiothérapie, en orthophonie et/ou en neuropsychologie) – Au besoin

MERCI DU TEMPS ACCORDÉ À LA COMPLÉTION DE CE FORMULAIRE
Cela est d'une grande aide pour le comité de sélection des candidats