|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_N_B  Version électronique | | | | | | | | | | | | | | Service spécialisé en déficience physique  Programme d’aide à la communication (PAC)  **ANNEXE C** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Identification** | | | |
| NOM DE FAMILLE | | | | | | | | | PRÉNOM | | | | | | | | | | | DATE DE NAISSANCE | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Précision concernant le DX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SLA | | SEP | | | | | Parkinson | | | | | DI | | | AVC | | | | Droit  Gauche | | | | | Autre : | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Condition associées** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dysarthrie | | Aphasie | | | | Dysphonie | | | | | Apraxie | | | | Hémiparésie | | | | | | Droite  Gauche | | | | Autre : | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Est-ce que l’usager présente des incapacités significatives et persistantes**? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | Non |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Évolution** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dx à évolution lente | | | | | | | | | Dx à évolution rapide | | | | | | | | | | | Inconnu / incertain | | | | | | |
| Espérance de vie de :       ou  Inconnue | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Motif de référence (type d’aide envisagée)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aide technique à la communication oral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aide technique à la communication non oral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aide technique à la communication écrite | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aide technique à la téléphonie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accès à l’ordinateur (client doit posséder un ordinateur, s’en être déjà servi et désir s’en servir encore) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contrôle de l’environnement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mode d’accès | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Système de montage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Description globale de l’usager** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Capacités cognitives** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orientation | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Attention | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Fonctions exécutives | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Mémoire | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fonctions sensorielles** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vision | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Audition | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Toucher | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fonctions motrices (force, dextérité, amplitudes articulaires)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Membre supérieur D | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Membre supérieur G | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Membre inférieur D | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
| Membre inférieur G | | | | | Fonctionnel | | | | | | Limitation | | | | | | Commentaires : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mode de déplacement** (Fauteuil roulant, aide à la marche, extérieur, intérieur, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Habitudes de vie qui pourraient être facilitées avec l’utilisation d’un appareil de communication?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Précisez : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Description des capacités de communication actuelles** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Mode(s) de communication actuel(s)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oral | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Expressions faciales | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Gestes | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Pictogrammes | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Écriture | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Appareil de communication | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Autres\* | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | \*Précisez : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Langage oral** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compréhension orale | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Expression orale | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| **Écriture** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capacité motrice à écrire | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Utilisation d’un clavier | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Langage écrit** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compréhension écrite | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Compréhension de pictogrammes | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Capacité à épeler des mots  (avec alphabet déjà écrit) | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
| Expression écrite | | | | | | | | Fonctionnel | | | | | Limitation | | | | | Commentaires : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Complément** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Est-ce que des appareils ont déjà été essayés avec le client**? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | Non |
| Si oui, précisez : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Nom de la personne ayant complété le formulaire :** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | Date | | | |
|  | Nom | | | | | | | | | |  | Fonction | | | | | | | | | |  | Date | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |