|  |  |
| --- | --- |
| CISSS_Laval_N_BVersion électronique | Service spécialisé en déficience physiqueProgramme 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 |
|  |