

Retourer cette  
formule à :

## Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formule 1)

N° de police :

N° de demande:

Utilisez cette formule pour signaler les besoins futurs en soins auxiliaires requis par le demandeur en raison d'un accident d'automobile qui survient le 31er mars 2008 ou après cette date. Cette formule doit être remplie par un membre d'une profession de la santé autorisé par la loi à traiter la déficience de la personne (designé dans cette formule comme un professionnel de la santé réglementé). Cette formule comporte cinq parties:

- Partie 1: Soins auxiliaires de niveau 1
- Partie 2: Soins auxiliaires de niveau 2
- Partie 3: Soins auxiliaires de niveau 3
- Partie 4: Calcul des coûts des soins auxiliaires
- Partie 5: Signature de l'évaluateur/des évaluateurs

Veillez remplir toutes les parties pertinentes. Vous devez remettre des copies aux personnes suivantes :

- le demandeur
- le praticien de santé du demandeur
- l'assureur du demandeur

**Remarque :** Les utilisateurs de la Formule 1 devraient également revoir les autres indemnités d'accident offertes en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales pour le remboursement possible d'autres pertes et dépenses (ménage, entretien ménager, transport, modification du domicile et autres dépenses médicales et de réadaptation).

### Nom du demandeur

Nom du demandeur	Date de naissance	
Adresse	Date de l'accident	
Ville	Province	Code postal
Nom du titulaire de police (si différent de nom ci-dessus)	N° de police	

Quelle est la date d'évaluation?

Est-ce la première évaluation demandeur? Oui  Non

Date de dernière évaluation

Indemnités mensuelles actuelles

### Praticien de la santé du demandeur

Nom du praticien de la santé	Téléphone	
Établissement/institution		
Adresse		
Ville	Province	Code postal

### Compagnie d'assurance

Nom	Téléphone	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Nom du titulaire de police	N° de police	

**Partie 1 :  
Soins auxiliaires  
de niveau 1**

Les soins auxiliaires de niveau 1 sont des soins personnels habituels. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois que chaque activité doit être effectuée par semaine pour obtenir le nombre total de minutes pour chaque activité

		Nombre de minutes	x	Nombre de fois sem.	=	Total minutes sem.
<b>Habiller</b>	Haut du corps (p. ex., sous-vêtements, chemise/blouse, chandail, cravate, veste, gants, bijoux)					
	Bas du corps (p. ex., sous-vêtements, sous-vêtements jetables, jupe/pantalon, chaussettes, collants, pantoufles, chaussures)					
	<b>Total partiel</b>					
<b>Déshabiller</b>	Haut du corps (p. ex., sous-vêtements, chemise/blouse, chandail, cravate, veste, gants, bijoux)					
	Bas du corps (p. ex., sous-vêtements, sous-vêtements jetables, jupe/pantalon, chaussettes, collants, pantoufles, chaussures)					
	<b>Total partiel</b>					
<b>Prothèses</b>	applique prothèse de membre supérieur/inférieur et bonnet couvre-segment					
	change les dispositifs terminaux et ajuste les prothèses s'il y a lieu					
	s'assure que les prothèses sont adéquatement entretenues et en bon ordre de marche					
	<b>Total partiel</b>					
<b>Orthèses</b>	aide le demandeur à s'habiller et à fixer les orthèses prescrites (p. ex. : pansement pour brûlures, appareils orthodontiques et de soutien, attelles, chaussettes élastiques)					
	<b>Total partiel</b>					
<b>Toilette</b>	Visage : laver, rincer, essuyer, matin et soir					
	Mains : laver, rincer, essuyer, matin et soir, avant et après les repas et après l'élimination					
	Rasage : rase le demandeur à l'aide d'un rasoir électrique ou de sûreté					
	Cosmétiques : applique le maquillage suivant les besoins					
	Cheveux :					
	brosse/peigne suivant les besoins					
	applique le shampoing, sèche les cheveux au séchoir ou à la serviette					
	stylise et lisse les cheveux					
	Ongles des mains : nettoie et manucure suivant les besoins					
	Ongles des pieds: nettoie et coupe suivant les besoins					
<b>Total partiel</b>						

**Partie 1 suite...**

Nombre de minutes  $\times$  Nombre de fois sem. = Total minutes sem.

<b>Nourriture</b>		Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
	prépare le demandeur pour les repas (y compris le transport à l'endroit approprié)			
	aide entièrement ou en partie à la préparation, au service et à l'administration des repas			
<b>Total partiel</b>				

<b>Mobilité</b> (aide au déplacement)		Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
	aide le demandeur à se placer en position assise (p. ex. : fauteuil roulant, chaise, sofa)			
	supervise/assiste la marche			
	aide aux déplacements selon les besoins (p. ex. : du lit au fauteuil roulant, du fauteuil roulant au lit)			
<b>Total partiel</b>				

<b>Blanchissage supplémentaire</b>		Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
	lave la literie et les vêtements du demandeur en raison d'incontinence/déversements			
	lave/nettoie les appareils orthodontiques demandant des soins particuliers			
<b>Total partiel</b>				

Partie 1 Total - Additionner les totaux partiels de la Partie 1. Total ici et à la partie 4 de la page 7.

**Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2**

Les soins auxiliaires de niveau 2 consistent en des fonctions de supervision de base. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois que chaque activité doit être effectuée par semaine pour obtenir le nombre total de minutes pour chaque activité.

Nombre de minutes  $\times$  Nombre de fois sem. = Total minutes sem.

<b>Hygiène</b>		Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
	Salle de bains			
	nettoie baignoire/douche/lavabo/toilettes après l'utilisation par le demandeur			
	Chambre à coucher			
	change la literie du demandeur, fait le lit, nettoie la chambre à coucher, comprenant l'élévateur hoyer, les barres supérieures de lit, tables de chevêt			
	assure le confort, la sécurité personnelle et de l'environnement			
	Soins des vêtements			
	aide à la préparation des pièces vestimentaires quotidiennes			
	accroche les vêtements et trie les vêtements qui doivent être lavés			
<b>Total partiel</b>				

**Partie 2 suite...**

	Nombre de minutes	x	Nombre de fois sem.	=	Total minutes sem.
<b>Soins de supervision de base</b>	le demandeur n'arrive pas à rattacher le tube élastique s'il se détache de la trachée				
	le demandeur a besoin d'aide pour se déplacer du fauteuil roulant, pour se retourner périodiquement, pour les soins génitourinaires				
	demandeur n'arrive pas à s'asseoir dans le fauteuil roulant ou à le quitter, ou à être autonome en cas d'urgence				
	le demandeur n'est pas en mesure de réagir à une urgence ou nécessite des soins de garde en raison de ses changements d'humeur				
<b>Total partiel</b>					

	Nombre de minutes	x	Nombre de fois sem.	=	Total minutes sem.
<b>Coordination des soins auxiliaires</b>	le demandeur a besoin d'aide pour la coordination/préparation des soins auxiliaires (maximum 1 heure par semaine)				
<b>Total partiel</b>					

**Partie 2 - Additionner tous les totaux partiels de la Partie 2. Indiquer le total ici et à la Partie 4 de la page 7.**

**Partie 3**  
**Soins auxiliaires**  
**de niveau 3**

Les soins auxiliaires de niveau 3 consistent en des fonctions complexes de soins de santé et d'hygiène. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps nécessaire pour effectuer chaque activité et le nombre de fois par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois que chaque activité doit être effectuée par semaine pour obtenir le nombre total de minutes pour chaque activité.

Nombre  
de  
minutes **x** Nombre  
de fois  
sem. = Total  
minutes  
sem.

**Appareil génito-urinaire**

effectue des cathétérismes			
positionne, vide et nettoie les systèmes de drainage			
nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/incontinence			
utilise des sous-vêtements jetables s'il y a lieu			
aide aux besoins du cycle menstruel s'il y a lieu			
fait le suivi des déchets			
<b>Total partiel</b>			

**Soins liés à l'élimination intestinale**

administre des lavements ou des suppositoires et effectue la stimulation ou la fragmentation digitale des fécalomes			
donne des soins de colostomie et/ou d'iléostomie			
positionne, vide et nettoie les systèmes de drainage, y compris les iléoconduits			
utilise des sous-vêtements jetables s'il y a lieu			
nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/évacuation			
<b>Total partiel</b>			

**Soins liés à une trachéostomie**

change et nettoie les canules internes et externes s'il y a lieu			
change le ruban s'il y a lieu			
effectue la succion au besoin			
nettoie et entretient l'équipement de succion			
<b>Total partiel</b>			

**Soins du ventilateur**

s'assure que le taux de volume et de pression sont maintenus selon les prescriptions			
maintient l'humidification selon les besoins			
change et nettoie les tubes et les filtres au besoin			
nettoie le système d'humidification au besoin			
ajuste les réglages selon les besoins du client (p. ex. : rhume, congestion)			
rattache les tubes s'ils se détachent			
<b>Total partiel</b>			

**Exercice**

aide le demandeur à réaliser le programme d'exercices/d'étirements prescrit			
aide le demandeur à marcher à l'aide de béquilles, de cannes, d'appareils orthopédiques et/ou d'ambulateur			
<b>Total partiel</b>			

Partie 3 suite...

Nombre de minutes x Nombre de fois sem. = Total minutes sem.

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
<b>Soins de la peau</b> (bains exclus)			
assiste aux soins de la peau - blessures, plaies, éruptions (amputations, brûlures graves, lésions de la moelle épinière, etc.)			
administre les médicaments et les pansements prescrits			
applique les crème, lotions, pâtes, onguents et poudres tel que prescrit ou requis			
vérifie les endroits du corps pour dépister des ulcères de décubitus, des lésions ou éruptions cutanées			
retournement périodique pour éviter les ulcères de décubitus et les lésions/ cisaillements cutanés			
<b>Total partiel</b>			

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
<b>Médicaments</b>			
<b>Oral</b>			
administre les médicaments prescrits			
fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments			
maintient et contrôle la provision de médicaments			
<b>Injections</b>			
administre les médicaments prescrits			
fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments			
maintient et contrôle la provision de médicaments			
<b>Inhalothérapie/oxygénothérapie</b>			
administre la posologie prescrite selon les besoins			
maintient et contrôle les fournitures d'inhalation			
nettoie et entretient l'équipement			
<b>Total partiel</b>			

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
<b>Bain</b>			
<b>Bain ou douche</b>			
aide la demandeur à se coucher ou à se lever, à s'asseoir dans le fauteuil roulant et à utiliser les élévateurs hoyer dans le bain ou la douche			
lave et essuie le demandeur			
applique les crèmes, lotions, pâtes, onguents, et poudres tel que prescrit ou requis			
<b>Bain au lit</b>			
prépare l'équipement			
lave et essuie le demandeur			
applique les crèmes, lotions, pâtes, onguents, et poudres tel que prescrit ou requis			
nettoie et entretient l'équipement de lit/de bain			
<b>Hygiène orale</b>			
brosse les dents et administre la soie dentaire			
nettoie la bouche au besoin			
nettoie les dentiers au besoin			
<b>Total partiel</b>			

Partie 3 suite...

Nombre de minutes X Nombre de fois sem. = Total minutes sem.

<b>Autre traitement</b>	<b>Neurostimulation transcutanée (TENS)</b>			
	prépare l'équipement			
	administre traitement comme prescrit ou requis			
	<b>Stimulation de la colonne vertébrale</b>			
	fait le suivi de l'épiderme			
	entretient l'équipement			
<b>Total partiel</b>				

<b>Entretien de l'approvisionnement et de l'équipement</b>	suit, commande et entretient l'approvisionnement/l'équipement requis			
	s'assure que les fauteuils roulants, les prothèses, les élévateurs hoyer, les sièges pour douche et autre matériel médical spécialisé et de soutien sont sécuritaires			
<b>Total partiel</b>				

<b>Soins de supervision spécialisés</b>	le demandeur nécessite des soins de supervision spécialisés pour des comportements violents qui peuvent donner lieu à des blessures physiques pour lui-même ou son entourage			
<b>Total partiel</b>				

**Partie 3 - Ajouter tous les totaux partiels de la Partie 3. Indiquer le total ici et ci-dessous**

**Partie 4 : Calcul des coûts des services auxiliaires**

Cette partie doit être remplie par l'évaluateur. Calculer l'allocation pour les soins auxiliaires mensuels des parties 1, 2 et 3. La somme des trois parties sera le montant total des indemnités mensuelles évaluées pour les soins auxiliaires

	Total Minutes par semaine		Total heures par semaine		Total heures par mois		Taux horaires		Indemnités de soins mensuelles
<b>Partie 1</b> (Page .3)		÷ 60 =		X 4,3 =		X	11,23 \$	=	\$
<b>Partie 2</b> (Page .4)		÷ 60 =		X 4,3 =		X	8,75 \$	=	\$
<b>Partie 3</b> (Page .7)		÷ 60 =		X 4,3 =		X	17,98 \$	=	\$

**Total des indemnités mensuelles évaluées pour les soins auxiliaires**  
(Ce montant est sujet aux limites prévues en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales)

\$
----

**Partie 5 : Signature(s) des évaluateur(s) (Professionnel(s) de la santé réglementé(s))**

Nom du professionnel de la santé réglementé		N° d'inscription		<b>Vous êtes :</b> <input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier/infirmière <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométrie <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		N° FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code Postal		
Numéro de téléphone	Poste	Télécopieur		
Courriel				
Je confirme que , à ma connaissance, les renseignements figurant dans la présente formule sont exacts. J'ai obtenu le consentement approprié du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements fournis.				
Signature du professionnel de la santé réglementé			Date (AAAAMJJ)	