

Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Form 1)

N° de police :

N° de demande :

Utilisez ce formulaire pour signaler les besoins futurs en soins auxiliaires requis par le demandeur en raison d'un accident automobile survenu depuis le 1^{er} octobre 2003. Ce formulaire doit être rempli par un membre d'une profession de la santé autorisé par la loi à traiter la déficience de la personne (dans ce formulaire désigné comme professionnel de la santé réglementé). Ce formulaire comporte cinq parties :

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

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

- n le demandeur
- n le praticien de santé du demandeur
- n la compagnie d'assurance du demandeur

Remarque : Les utilisateurs du Formulaire 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 du demandeur ? Oui Non

Date de dernière évaluation

Indemnité mensuelle courante

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.
Habiller	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)			
	Total partiel			
Déshabiller	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)			
	Total partiel			
Prothèses	applique prothèse des membres supérieurs/inférieurs 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 ordre de marche			
	Total partiel			
Orthèses	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)			
	Total partiel			
Toilette	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			
	style et lisse les cheveux			
	Ongles des mains : nettoie et manucure suivant les besoins			
	Ongles des pieds: nettoie et coupe suivant les besoins			
Total partiel				

Partie 1 suite...

	Nombre de minutes X	Nombre de fois sem. =	Total minutes sem.
Nourriture	prépare demandeur pour les repas (inclut transport à l'endroit approprié)		
	aide entièrement ou en partie à la préparation, au service et à l'administration des repas		
Total partiel			
Mobilité (aide au déplacement)	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, lit au fauteuil roulant, fauteuil roulant au lit)		
Total partiel			
Blanchissage supplémentaire	lave la literie et les vêtements du demandeur en raison d'incontinence/déversements		
	lave/nettoie les appareils orthodontiques demandant des soins particuliers		
Total partiel			
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 X	Nombre de fois sem. =	Nombre de minutes sem.
Hygiène	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 chevet		
	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		
	Total partiel		

Partie 2 suite...

Soins de supervision de base

	Nombre de minutes	Nombre de fois X sem.	Total minutes = sem.
demandeur n'arrive pas à rattacher le tube élastique s'il se détache de la trachée			
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			
Total partiel			

Coordination des soins auxiliaires

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

Partie 2 - Additionner tous les totaux partiels de la Partie 2. Indiquer le total ici et à la page 4 et 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			
	Total partiel			
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 sous-vêtements jetables s'il y a lieu			
	nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/évacuation			
	Total partiel			
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			
	Total partiel			
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			
	Total partiel			
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			
	Total partiel			

Part ie 3 suite...

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

Soins de la peau
(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 crème, lotions, pâtes, onguents, poudres prescrits 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			
Total partiel			

Médicaments

Oral			
administre les médicaments prescrits			
fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments			
maintient et contrôle la provision de médicaments			
Injections			
administre les médicaments prescrits			
fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments			
maintient et contrôle la provision de médicaments			
Inhalothérapie/oxygénothérapie			
administre posologie prescrite selon les besoins			
maintient et contrôle les provisions d'inhalation			
nettoie et entretient l'équipement			
Total partiel			

Bain

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

Autre traitement

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

Entretien de l'approvisionnement et de l'équipement

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			
Total partiel			

Soins de supervision spécialisés

le demandeur nécessite des soins de supervision spécialisés pour des comportements violents qui peuvent résulter en blessures physiques pour lui-même ou son entourage			
Total partiel			

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 l'indemnité totale mensuelle évaluée pour les soins auxiliaires

	Total Minutes par semaine	Total heures par semaine	Total heures par mois	Taux horaires	Indemnité de soins mensuelle
Partie 1 (Page 3)	+ 60 =	X 4,3 =	X	10,53 \$	\$
Partie 2 (Page 4)	+ 60 =	X 4,3 =	X	7,00 \$	\$
Partie 3 (Page 7)	+ 60 =	X 4,3 =	X	16,86 \$	\$

Indemnité totale mensuelle évaluée pour les soins auxiliaires

	\$
--	----

(Ce montant est soumis aux limites prévues en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux)

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

Nom du professionnel de la santé réglementé		N° d'inscription		Vous êtes : <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier/infirmière <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <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, à ma connaissance, que l'information sur le présent formulaire est exacte. J'ai obtenu le consentement approprié du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de l'information soumise.				
Signature du professionnel de la santé réglementé			Date (AAAAMMJJ)	