

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formulaire 1)

N° de police :

N° de demande :

Le présent formulaire est à utiliser pour rendre compte des besoins futurs du demandeur en soins auxiliaires découlant d'un accident d'automobile. Il peut être rempli par un ergothérapeute ou une infirmière autorisée (cette personne étant désignée dans la présente sous le nom d'« évaluateur »). Le formulaire se divise en 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 ou des évaluateurs

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

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

Remarque : Les utilisateurs du Formulaire 1 devraient aussi envisager la possibilité d'autres indemnités d'accident prévues en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL)* pour le remboursement d'autres pertes et dépenses (p. ex., travaux ménagers et entretien du domicile, transports, modifications du domicile et autres frais médicaux 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 du nom ci-dessus)	N° de police

Quelle est la date d'évaluation?

Est-ce la première évaluation du demandeur? Oui Non

Date de la dernière évaluation

Indemnités mensuelles actuelles

Évaluateur

Nom de l'évaluateur	Téléphone
Établissement ou institution	
Adresse	
Ville Province	Code postal

Assureur

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/chemisier, 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/chemisier, 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 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					
	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 : lave, rince, essuie, matin et soir					
	Mains : lave, rince, essuie, 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 instructions ou 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		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			
Total partiel				

Mobilité (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)			
Total partiel				

Blanchissage supplémentaire		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			
Total partiel				

Partie 1 Total - Additionnez les totaux partiels de la partie 1. Indiquez le 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. = Total minutes sem.

Hygiène		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, y compris l'élévateur hoyer, les barres supérieures de lit, les 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)

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

Soins de supervision de base

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 génito-urinaires			
le 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

le demandeur a besoin d'aide pour la coordination/préparation des soins auxiliaires (maximum 1 heure par semaine)			
Total partiel			

Partie 2 - Additionnez tous les totaux partiels de la partie 2. Indiquez 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.

	Nombre de minutes	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 des 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			

Partie 3 (suite)

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

	Nombre de minutes	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 les crèmes, 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 ou cisaillements cutanés			
Total partiel			

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
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 la posologie prescrite selon les besoins			
maintient et contrôle les fournitures d'inhalation			
nettoie et entretient l'équipement			
Total partiel			

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes sem.
Bain			
Bain ou douche			
aide le 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			
Bain au lit			
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			
Hygiène orale			
brosse les dents et administre la soie dentaire			
nettoie la bouche au besoin			
nettoie les dentiers au besoin			
Total partiel			

Partie 3 (suite)

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

Autre traitement	Neurostimulation transcutanée (TENS)			
	prépare l'équipement			
	administre le 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 ou 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 donner lieu à des blessures physiques pour lui-même ou son entourage			
	Total partiel			

Partie 3 - Ajoutez tous les totaux partiels de la Partie 3. Indiquez le total ici et ci-dessous

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

Cette partie doit être remplie par l'évaluateur. Calculez l'indemnité mensuelle de soins auxiliaires pour les parties 1, 2 et 3. La somme correspondant à ces trois parties sera le 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
Partie 1 (Page 3)	<input type="text"/> ÷ 60 =	<input type="text"/> X 4,3 =	<input type="text"/> X	A*	= <input type="text"/> \$
Partie 2 (Page 3)	<input type="text"/> ÷ 60 =	<input type="text"/> X 4,3 =	<input type="text"/> X	B*	= <input type="text"/> \$
Partie 3 (Page 6)	<input type="text"/> ÷ 60 =	<input type="text"/> X 4,3 =	<input type="text"/> X	C*	= <input type="text"/> \$

Total des indemnités mensuelles évaluées pour les soins auxiliaires

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

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	\$
--	----

*Les montants exacts à utiliser pour les calculs du tableau ci-dessus sont indiqués ci-dessous :

	Accidents survenus entre le 31 mars 2008 et le 31 août 2010	Accidents survenus à partir du 1 ^{er} septembre 2010
A	11,23 \$	Pour les montants exacts, consultez les taux horaires indiqués dans la Ligne directrice du surintendant en vertu de l'alinéa 19 (2) a)
B	8,75 \$	
C	17,98 \$	

**Partie 5 :
Signature du
ou des
évaluateurs**

Nom de l'évaluateur		N° d'inscription
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 de l'évaluateur		Date (AAAA/MM/JJ)