

## Programme d'habiletés en fauteuil roulant (3.2)

### Renseignements sur la personne évaluée

#### Renseignement démographique

Nom de l'utilisateur de fauteuil roulant : _____	
Date de l'évaluation : _____	Téléphone (rés.): _____
Âge : _____	Personne-contact : _____
Date de naissance : _____	Téléphone (autre) : _____
Grandeur (approx.): _____	Adresse : _____
Poids (approx.) : _____	_____
Langue principale : _____	_____
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	

#### Information clinique

Environnement  Soins aigus - courte durée  
 Centre de réadaptation  
 Soins de longue durée  
 Dans la communauté

Statut :  Interne  
Localisation/endroit: \_\_\_\_\_  
No d'identification/de carte: \_\_\_\_\_  
 Externe  
 Autre

Contacts  Médecin : \_\_\_\_\_  
 Ergothérapeute : \_\_\_\_\_  
 Physiothérapeute : \_\_\_\_\_

Répondant:  Personne évaluée  
 Parent ou ami  
 Prestataire de services

Nom du répondant : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà participé à un programme de réadaptation ?  
 Oui Si oui, où ? \_\_\_\_\_  
 Non Quand ? \_\_\_\_\_

## **Utilisation faite du fauteuil roulant**

Diagnostique associé à l'utilisation d'un fauteuil roulant : \_\_\_\_\_

Date du diagnostique (ex. 9 Mai 1973) : \_\_\_\_\_

Contre-indications à l'évaluation ou l'entraînement (ex. une condition médicale instable telle que de l'angine ou des problèmes émotionnels ou psychiatriques qui pourraient rendre désagréable la participation) :

\_\_\_\_\_

Depuis combien de temps utilisez-vous un fauteuil roulant ? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps utilisez-vous ce fauteuil roulant ? \_\_\_\_\_

À quel endroit utilisez-vous votre fauteuil roulant ?

- À la maison
- Au travail
- À l'école
- Dans la communauté
- Pour les loisirs et les sports
- Autre : \_\_\_\_\_

Comment propulsez-vous votre fauteuil roulant ?

- 2 mains
- 2 pieds
- 1 main : G ou D (encerclez)
- 1 pied : G ou D (encerclez)
- 1 main et 1 pied : Main : G ou D (encerclez) ; Pied : G ou D (encerclez)
- 2 mains et 2 pieds
- Autres : \_\_\_\_\_