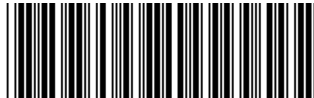




HME
 HGM
 HRV
 MCH
 MGH
 RVH
 HNM
 ITM
 CL
 MNH
 MCI
 LC



Ergothérapie : Patient hospitalisé
Objectifs spécifiques

Occupational Therapy: In-patient
Specific Objectives

Date: _____
(AAYY/MM/JD)

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES/ SPECIFIC OBJECTIVES: D'ICI LE /BY :			
1. AVQ/ADL: Le patient sera capable de / Patient will be able to :			
Échelles/Scales (si/if applicable): BORG, Douleur/Pain, Dyspnée/Dyspnea (0-10), SpO₂.			
A. S'alimenter / Feed self :			
B. Faire ses soins d'apparence assis/debout / Groom in sitting/standing:			
C. Faire son hygiène corporelle au lit/assis/debout / Wash self in bed/sitting/standing:			
D. S'habiller le haut du corps au lit/assis/debout / Dress upper body in bed/sitting/standing:			
E. S'habiller le bas du corps au lit/assis/debout / Dress lower body in bed/sitting/standing:			
F. Utiliser la baignoire/urinoire/chaise d'aisance/toilette pour excréments/ Toilet using bed pan/urinal/commode/toilet :			
G. S'asseoir à la chaise x/jour pour min. / Sit up in chair x/day for min. :			
H. Démontrer les principes de conservation d'énergie/mécaniques corporelles lors d'AVQ <i>Demonstrate the principles of energy conservation /body mechanics in ADL's</i>			
I. Transférer à la toilette/chaise d'aisance/chaise/lit/ Transfer to toilet/commode/chair/bed :			
J. Transférer au bain avec /Transfer to bath using:			
K. Marcher jusqu'à / Will walk to::			
L. Se tenir debout pendant min. /Stand min. :			
M. Utiliser le fauteuil roulant manuel/motorisé à l'intérieur pour mètres : <i>Use motorized/manual wheelchair indoors for metres:</i>			
N. Autre / Other:			
Interventions	<input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Aide technique/Adaptive equipment <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques <i>Therapeutic activities</i>	<input type="checkbox"/> Pratique de tâches <i>Task practice</i> <input type="checkbox"/> Programme à domicile <i>Home program</i>	<input type="checkbox"/> Horaire d'activités <i>Activity schedule</i> <input type="checkbox"/> Suivi/Monitoring <input type="checkbox"/> Autre/Other
2. Perception/Cognition : Le patient sera capable de/Patient will be able to :			
A. Améliorer ses habiletés perceptivo-cognitives pour permettre une participation/initiative lors des AVQ pour 2 tâches / jour à partir de : Improve cognitive-perceptual abilities to allow participation/initiation in ADL's for 2 tasks/day beginning on :			
B. Démontrer de l'initiative quant à la participation à son processus de réadaptation/AVQ /Will initiate participation in rehab process/ADL's			
C. Utiliser les principes d'entraînements cognitifs/stratégies compensatoires lors des AVQ <i>Use the principles of cognitive retraining/compensatory strategies in ADL's</i>			
D. Autre / Other:			
Interventions	<input type="checkbox"/> Pratique d'activités/Task practice <input type="checkbox"/> Remédiation/Remediation	<input type="checkbox"/> Suivi /Monitoring <input type="checkbox"/> Stimulation	<input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Autre/Other

3. Intégrité de la peau et des articulations /Skin and joint integrity			
A. Promouvoir la prévention - guérison des plaies de pression / Promote prevention - healing of pressure sores :			
B. Maintenir-améliorer l'AAA-AAP fonctionnelle de : / Maintain-Improve functional AROM-PROM of :			
C. Autre/ Other :			
Interventions	<input type="checkbox"/> Recommandation d'équipement/Equipment recommendations <input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques Therapeutic activities <input type="checkbox"/> Positionnement Positioning	<input type="checkbox"/> AAP/PROM <input type="checkbox"/> Activités d'AAA/AROM activities <input type="checkbox"/> Autre/Other
4. AVD/ IADL: Le patient sera capable de / Patient will be able to :			
Échelles/Scales (si/if applicable): BORG,Douleur/Pain, Dyspnée/Dyspnea(0-10),SpO₂			
A. Faire des AVD légères / Perform light IADL's :			
B. Utiliser le téléphone et se rappeler des numéros importants/ Use telephone and know relevant telephone numbers :			
C. Faire des tâches budgétaires simples / Perform simple money management task :			
D. Décrire l'application des principes de conservation d'énergie dans les AVD Describe the application of principles of energy conservation in IADLs			
E. Démontrer une compréhension des risques associés à la conduite auto et du besoin de suivi tel que recommandé / Demonstrate understanding of risks associated with driving and the need for follow-up as recommended			
F. Développer une routine hebdomadaire qui inclut des loisirs et autres activités significatives/ Develop a weekly routine that includes leisure and other significant activities			
G. Autre / Other :			
Interventions	<input type="checkbox"/> Aide technique Adaptive equipment <input type="checkbox"/> Stratégies compensatoires Compensatory strategies <input type="checkbox"/> Résolution de problèmes/ Problem-solving	<input type="checkbox"/> Dépistage pour la conduite automobile/Screening for driving safety <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation en conduite automobile/Referral for driving assessment <input type="checkbox"/> Éducation/Education	<input type="checkbox"/> Pratique de tâches / Task Practice <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques Therapeutic activities <input type="checkbox"/> Autre/Other
Légende Legend:	I: Indépendant/Independent	IM : Indépendant Modifié (Ind. avec aide technique ou plus lent) Independent Modified (With assistive device or slower)	
	S: Supervision ou aide pour la préparation/Supervision or set-up	A. Min.: Patient fait plus que 75% de la tâche Patient performs greater than 75% of the task	
	A. Mod.: Patient fait 50-74% Patient performs 50-74%	A. Max. : Patient fait 25-49% / Patient performs 25-49%	
	AAA=amplitude articulaire active / AAP=amplitude articulaire passive	A. Tot. : Patient fait moins que 25% /Patient performs less than 25%	
		AROM = active range of motion PROM = passive range of motion	

FRÉQUENCE D'INTERVENTION/FREQUENCY OF INTERVENTION : _____

Date: ____/____/____
AAYY MM JD

Signature de l'ergothérapeute / Occupational Therapist's signature

COMMENTAIRES-RÉÉVALUATION/COMMENTS-REASSESSMENT :

Date : ____/____/____
AAYY MM JD

Signature de l'ergothérapeute / Occupational Therapist's signature