



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



Ergothérapie : Patient externe
Objectifs spécifiques

Occupational Therapy: Out-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), SpO ₂			
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 bassine/urinoire/chaise d'aisance/toilette pour excréments/Toilet using bed pan/urinal/commode/toilet:			
G. 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>			
H.			
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. Autre / Other :			
Interventions	<input type="checkbox"/> Équipement adapté <i>Adaptive equipment</i>	<input type="checkbox"/> Suivi /Monitoring	<input type="checkbox"/> Horaire d'activité <i>Activity schedule</i>
	<input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques <i>Therapeutic activities</i>	<input type="checkbox"/> Pratique de tâches <i>Task practice</i>	<input type="checkbox"/> Autre/Other
		<input type="checkbox"/> Éducation	
2. Dysphagie / Dysphagia : Le patient sera capable de / Patient will be able to :			
A. Prendre un repas de façon sécuritaire sans difficulté ou signe d'aspiration <i>Take a meal by mouth safely without difficulty or signs of aspiration</i>			
B. Démontrer les stratégies compensatoires pour minimiser les risques d'aspiration au repas <i>Demonstrate use of strategies to minimize risk of aspiration at meals</i>			
C. Autre/ Other :			
Interventions	<input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Exercices de remédiation <i>Remediation exercises</i>	<input type="checkbox"/> Stratégies compensatoires <i>Compensatory strategies</i>
	<input type="checkbox"/> Pratique de repas <i>Meal practice</i>	<input type="checkbox"/> Suivi /Monitoring	<input type="checkbox"/> Autre/Other
3. Perception/Cognition: Le patient sera capable de / Patient will be able to :			
A. Utiliser les principes d'entraînements cognitifs/stratégies compensatoires lors des AVQ / AVD <i>Use the principles of cognitive retraining/compensatory techniques in daily activities</i>			
B. Autre / Other:			
Interventions	<input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Suivi <i>Monitoring</i>	<input type="checkbox"/> Pratique de tâches <i>Task practice</i>
			<input type="checkbox"/> Stimulation
			<input type="checkbox"/> Autre/Other
4. Intégrité de la peau et des articulations/Skin and joint integrity			
A. Promouvoir la prévention/guérison des plaies de pression /Promote prevention and healing of pressure sores :			
B. Maintenir/améliorer l'AAA /AAP fonctionnelle de/ Maintain/Improve functional AROM/PROM of :			
C. Autre / Other :			

4. ----- continuation- Interventions	<input type="checkbox"/> Recommandation d'équipement <i>Equipment recommendations</i> <input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques <i>Therapeutic activities</i> <input type="checkbox"/> Positionnement / <i>Positioning</i> <input type="checkbox"/> AAP/PROM	<input type="checkbox"/> Activités d'AAA <i>AROM activities</i> <input type="checkbox"/> Autre/Other
5. Mobilité fonctionnelle/Functional Mobility: Le patient sera capable de: / Patient will be able to :			
Échelles/Scales (si/if applicable): BORG, Douleur/Pain,Dyspnée/Dyspnea(0-10),SpO₂			
A. Se tenir debout pendant minutes / <i>Stand for</i> minutes:			
B. Compléter une activité de marche de minutes / <i>Complete a</i> minute walking activity :			
C. Ramasser un objet au sol de façon sécuritaire et autonome/ pick up object from floor independently and safely :			
D. Utiliser le fauteuil roulant manuel/motorisé à l'intérieur/extérieur pour mètres : <i>Use motorized/manual wheelchair I indoors/outdoors for</i> metres:			
E. Transférer à l'auto de façon sécuritaire / Transfer safely to car :			
F. Être sécuritaire pour la mobilité en communauté / Be safe for mobility within the community			
G. Autre / Other:			
Interventions	<input type="checkbox"/> Aide technique <i>Adaptive equipment</i> <input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Soutien/Support <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques <i>Therapeutic activities</i>	<input type="checkbox"/> Application au transport adapté <i>Paratransit application</i> <input type="checkbox"/> Pratique de tâches <i>Task Practice</i>	<input type="checkbox"/> Vignette de stationnement <i>Disabled Parking Permit</i> <input type="checkbox"/> Autre/Other
6. 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 telles que faire le lit, laver la vaisselle, époussetter, faire la lessive /Engage in light IADL such as making bed, washing dishes, dusting, doing laundry with :			
B. Préparer repas par jour/ Prepare meals per day :			
C. Décrire comment utiliser la cuisinière de façon sécuritaire <i>Report using compensatory strategies for safe stove use</i>			
D. Utiliser le téléphone et se rappeler des numéros importants/ Use telephone and know relevant telephone numbers :			
E. Appliquer les principes de conservation d'énergie/mécaniques corporelles lors des AVD / Apply principles of energy conservation/body mechanics in IADL			
F. Développer une routine d'activités hebdomadaire incluant AVD / travail/loisirs/exercices significatifs, sans augmenter la douleur/fatigue / Develop a weekly activity routine that includes significant IADL/work/leisure/exercises without increasing pain/fatigue			
G. Participer à activité(s) de loisir sédentaire/non-sédentaire par semaine telle que / Engage in non-sedentary/sedentary leisure activities per week such as :			
H. Décrire un plan réaliste pour le retour au travail / Identify a plan for successful return to work			
I. Faire des tâches budgétaires/banquaires simples/ Perform simple money management/banking tasks			
J. 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			
K. Autre / Other:			
Interventions	<input type="checkbox"/> Équipement adapté <i>Adaptive equipment</i> <input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques <i>Therapeutic activities</i>	<input type="checkbox"/> Dépistage pour la conduite automobile <i>Screening for driving safety</i> <input type="checkbox"/> Référence pour évaluation en conduite automobile/ Referral for driving assessment	<input type="checkbox"/> Pratique de tâches <i>Task practice</i> <input type="checkbox"/> Stratégies compensatoires <i>Compensatory strategies</i> <input type="checkbox"/> Autre/Other

Ergothérapie : Patient externe
Objectifs spécifiques

Occupational Therapy: Out-patient
 Specific Objectives

Légende <i>Legend:</i>	I: Indépendant /Independent	IM: Indépendant Modifié (Ind. avec aide technique ou plus lent) Independent Modified (Ind. 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 <i>Patient performs more than 75% of the task</i>
	A: Mod.: Patient fait 50-74% <i>Patient performs 50-74%</i>	A. Max. : Patient fait 25-49%/Patient performs 25-49%
		A. Tot.: Patient fait fait moins que 25%/Patient performs less than 25%
	AAA =amplitude articulaire active AAP =amplitude articulaire passive	<i>AROM = active range of motion</i> <i>PROM = passive range of motion</i>

FRÉQUENCE D'INTERVENTION/FREQUENCY OF INTERVENTION _____

Signature de l'ergothérapeute/Occupational Therapist's signature: _____

DATE : _____ / _____ / _____
 AAYY MM JD

COMMENTAIRES-RÉÉVALUATION/ COMMENTS-REASSESSMENT

Signature de l'ergotherapeute

Occupational Therapist's signature : _____

Date : _____ / _____ / _____
 AAYY MM JD