



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 Demonstrate the principles of energy conservation/body mechanics in ADL's					
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 Adaptive equipment <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques Therapeutic activities	<input type="checkbox"/> Suivi /Monitoring <input type="checkbox"/> Pratique de tâches Task practice <input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Horaire d'activité Activity schedule <input type="checkbox"/> Autre/Other		
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 Take a meal by mouth safely without difficulty or signs of aspiration					
B. Démontrer les stratégies compensatoires pour minimiser les risques d'aspiration au repas Demonstrate use of strategies to minimize risk of aspiration at meals					
C. Autre/ Other :					
Interventions	<input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Pratique de repas Meal practice	<input type="checkbox"/> Exercices de remédiation Remediation exercises <input type="checkbox"/> Suivi /Monitoring	<input type="checkbox"/> Stratégies compensatoires Compensatory strategies <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 Use the principles of cognitive retraining/compensatory techniques in daily activities					
B. Autre / Other:					
Interventions	<input type="checkbox"/> Éducation	<input type="checkbox"/> Suivi Monitoring	<input type="checkbox"/> Pratique de tâches Task practice	<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) ,SpO ₂			
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) ,SpO ₂			
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%
	AAA =amplitude articulaire active AAP =amplitude articulaire passive	A. Tot.: Patient fait fait moins que 25%/Patient performs less than 25% <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