



NOM :  
PRÉNOM :  
N.A.M. :  
D.D.N. :  
PÈRE :  
MÈRE :

### INSCRIPTION

## PROGRAMME D'ACCÈS AU CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT ET À LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTÉE

|   |
|---|
| DATE DE LA DEMANDE :  |
| <b>INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'USAGER</b>   |
| <b>Niveau de scolarité :</b> <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire      |
| <b>École fréquentée :</b> _____ <input type="checkbox"/> Classe régulière <input type="checkbox"/> Classe adaptée   |
| <b>Domaine d'études :</b> _____   |
| <b>Occupation :</b> <input type="checkbox"/> Travailleur <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Bénévolat <input type="checkbox"/> Autre : _____              |
| <b>Si travailleur, emploi actuel :</b> _____ <b>Nombre de jours/semaine :</b> _____   |
| <b>Moyen de transport utilisé :</b> _____   |
| <b>INFORMATIONS GÉNÉRALE DU RÉFÉRENT</b>  |
| <b>Prénom et nom du référent :</b> _____ <b>Profession :</b> _____  |
| <b>Nom de l'établissement :</b> _____ <b>Téléphone :</b> _____  |
| <b>Adresse courriel :</b> _____   |
| EST-CE QUE L'USAGER EST INFORMÉ ET EN ACCORD DE VOTRE RÉFÉRENCE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><b>SVP, joindre votre rapport d'évaluation.</b>     |
| <b>HISTOIRE MÉDICALE</b>  |
| <b>Diagnostic principal :</b> _____   |
| <b>Date de l'événement ou début de la maladie :</b> _____   |
| <b>Si maladie évolutive, l'évolution est-elle rapide ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |
| <b>Antécédents médicaux et traitements reçus</b> (ex. : évaluations antérieures liées aux aides technologiques) :<br>_____<br>_____   |
| <b>RÉSUMÉ DES CAPACITÉS / INCAPACITÉS</b>   |
| <b>Membres supérieurs (bras et mains) :</b>   |
| <input type="checkbox"/> Diminution du mouvement <input type="checkbox"/> Diminution de la sensibilité <input type="checkbox"/> Incoordination <input type="checkbox"/> Faiblesse |
| <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Autre : _____  |
| <b>Membres inférieurs (jambes et pieds) :</b>   |
| <input type="checkbox"/> Diminution du mouvement <input type="checkbox"/> Diminution de la sensibilité <input type="checkbox"/> Incoordination <input type="checkbox"/> Faiblesse |
| <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Autre : _____  |
| <b>Tronc :</b>  |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'équilibre – faiblesse  |
| <b>Tête et cou :</b>  |
| <input type="checkbox"/> Diminution du mouvement <input type="checkbox"/> Faiblesse <input type="checkbox"/> Tremblements   |



NOM :  
PRÉNOM :  
N.A.M. :  
D.D.N. :  
PÈRE :  
MÈRE :

**INSCRIPTION**  
**PROGRAMME D'ACCÈS AU CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT**  
**ET À LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTÉE**

**Perception / cognition :**

- Perte de mémoire       Diminution de l'attention       Déficience intellectuelle  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Vision (aide utilisée):**

- Lunettes       Verres de contact       Loupe grossissante       Autre : \_\_\_\_\_

**Audition (aide utilisée) :**

- Aides de correction auditive       Implant cochléaire       Système MF       Autre : \_\_\_\_\_

**Déplacement :**

- Sans aide  
 Avec aide :  Canne       Marchette       Fauteuil roulant manuel       Fauteuil roulant motorisé       Quadriporteur  
 Base de positionnement       Autre : \_\_\_\_\_

Est-ce que le client est en attente ou en cours d'évaluation pour l'obtention d'un :

- Fauteuil roulant       Nouveau positionnement       Nouveau mode de conduite  
 Autre : \_\_\_\_\_

Si oui :

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ No téléphone : \_\_\_\_\_

**ENVIRONNEMENT SOCIAL**

- Vit seul       Vit en hébergement :  Public       Privé       Vit avec famille  
 Épuisement de l'aidant       Isolement  
 Autre: \_\_\_\_\_

**MOTIF DE LA RÉFÉRENCE (besoins identifiés)**

- Besoin d'aide à la communication ..... compléter **SECTION A**  
 Besoin d'accès à un ordinateur ..... compléter **SECTION B**  
 Besoin d'accès à l'environnement et à la téléphonie ..... compléter **SECTION C**

**SECTION A – Besoin d'aide à la communication :  Oui  Non**

**Si oui**, trouble de la communication affectant:

|  | NIVEAU DE DIFFICULTÉ     |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | AUCUN                    | LÉGER                    | MODÉRÉ                   | SÉVÈRE                   |
| ▪ L'expression orale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ L'expression écrite (ex : difficulté d'orthographe, grammaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La compréhension orale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ La lecture (ex. : compréhension écrite)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Désir de communication présent :  Oui  Non



NOM :  
PRÉNOM :  
N.A.M. :  
D.D.N. :  
PÈRE :  
MÈRE :

### INSCRIPTION

## PROGRAMME D'ACCÈS AU CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT ET À LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTÉE

### Contexte de communication :

- Famille/amis     Communauté     Travail     Études     Bénévolat

Comment l'utilisateur s'exprime-t-il actuellement?

- Parole

Quels sont les besoins de communication non répondus actuellement : \_\_\_\_\_

Présence de fatigue lors de la communication :  Oui     Non

- Geste

De façon naturelle     Par le langage des signes

- Tableau de communication

▪ Nombre d'images : \_\_\_\_\_

▪ Type de pictogrammes : \_\_\_\_\_

Appareil de communication :  Oui     Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

### SECTION B – Besoin d'accès à un ordinateur : Oui    Non

Désir de communication présent :  Oui     Non

- Contexte d'utilisation :

Travail     Gestion financière     Études     Achats     Loisirs

- Type d'ordinateur utilisé :

PC     Mac

- Système d'exploitation :

XP     Vista     Windows 7     Autre : \_\_\_\_\_

- Niveau de connaissance / expérience en informatique :

Peu ou pas     Modéré     Élevé

|   | NIVEAU DE DIFFICULTÉ     |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | AUCUN                    | LÉGER                    | MODÉRÉ                   | SÉVÈRE                   |
| ▪ Utiliser le clavier                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Manœuvrer la souris                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Voir le texte ou le pointeur de la souris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Accéder au bureau de travail              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Résultat de votre évaluation faite en lien avec l'ergonomie à l'ordinateur : \_\_\_\_\_

### SECTION C – Besoin d'accès à l'environnement et à la téléphonie : Oui    Non

Utilisez-vous un système d'appel d'urgence? :  Oui     Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

|   | NIVEAU DE DIFFICULTÉ     |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | AUCUN                    | LÉGER                    | MODÉRÉ                   | SÉVÈRE                   |
| ▪ Utiliser des télécommandes (TV / DVD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Allumer et éteindre des lumières      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tenir le combiné du téléphone         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Composer un numéro de téléphone       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



DOSSIER :

NOM :  
PRÉNOM :  
N.A.M. :  
D.D.N. :  
PÈRE :  
MÈRE :

**INSCRIPTION**  
**PROGRAMME D'ACCÈS AU CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT**  
**ET À LA COMMUNICATION ALTERNATIVE ET AUGMENTÉE**

Résultat de vos essais avec le téléphone :

Option mains libres     Casque d'écoute     Autre : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres besoins?

Contrôle de lit     Fauteuil autosouleveur     Porte

Des démarches sont-elles en cours pour l'adaptation de votre domicile?  Oui     Non

Si oui : Nom de l'ergothérapeute : \_\_\_\_\_ CLSC : \_\_\_\_\_

**SECTION D- Conclusion**

**Selon le ou les besoins qui ont été identifiés, est-ce que les activités suivantes sont compromises? Si oui, pourquoi?**

▪ Fonctionnement au travail ou aux études :  Oui     Non

Si oui : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Maintien à domicile :  Oui     Non

Si oui : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Loisirs / Vie sociale :  Oui     Non

Si oui : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La personne possède-t-elle déjà du matériel adapté?**  Oui     Non

Si oui, provenance : \_\_\_\_\_

| MATÉRIEL   | PRÉCISIONS |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Aide technique à la communication |            |
| <input type="checkbox"/> Lifeline                          |            |
| <input type="checkbox"/> Souris / clavier adapté           |            |
| <input type="checkbox"/> Autre                             |            |

**Joindre vos évaluation pertinentes (orthophonie – ergothérapie – éducation spécialisée – etc.).**

\_\_\_\_\_  
Signature du référent

\_\_\_\_\_  
Date