

**QUESTIONNAIRE DE
DÉPISTAGE DES BESOINS**

Date : _____

Dossier _____

Nom _____

Prénom _____

Clinique d'accès aux aides technologiques (CAAT)

1. INFORMATIONS CLIENT

Hospitalisé Oui Non Date approximative du congé : _____

Nom du client : _____

Diagnostic : _____ Date du diagnostic : _____

Conditions associées/ Antécédents médicaux : _____

Maladie qui évolue rapidement : Oui Non

Langue d'usage : _____ Autres langues : _____

Niveau de scolarité : Primaire Secondaire Collégial Universitaire

Présentement aux études : Oui Non Si oui, école fréquentée : _____

Emploi actuel, spécifiez _____ Retraité Bénévolat

Vit seul : Oui Non

Aptitude à consentir aux soins : Oui Non Si non, indiquer le nom et les coordonnées de la personne responsable : _____

Curatelle : publique privée

2. RÉFÉRENCE

Nom du référent : _____ Profession : _____

Établissement : _____ Téléphone : _____

Motif de référence : _____

Considérez-vous que la demande est urgente? Oui Non

Si oui, expliquez : _____

Est-ce que le client est d'accord avec votre référence ? Oui Non

N.B. Pour toute demande, le plus récent rapport d'évaluation en ergothérapie ou orthophonie est obligatoire (et toute autre documentation pertinente).

3. RÉSUMÉ DES CAPACITÉS / INCAPACITÉS (décrivez les difficultés)

Membres supérieurs : _____ Sans particularités

Tronc / cou : _____ Sans particularités

Déplacements : Autonome Marchette Fauteuil roulant (FR) manuel

Fauteuil roulant (FR) motorisé Autres : _____

En attente ou en cours d'évaluation pour l'obtention : FR Nouveau positionnement au FR

Nouveau mode de conduite au FR

Vision : _____ Sans particularités

Audition : _____ Sans particularités

Capacités cognitives : _____ Sans particularités

**QUESTIONNAIRE DE
DÉPISTAGE DES BESOINS**

Date : _____

Dossier _____

Nom _____

Prénom _____

Clinique d'accès aux aides technologiques (CAAT)

4. BESOIN D'UNE ÉVALUATION POUR LA SUPPLÉANCE À LA COMMUNICATION

Oui Non ***Si non, passer à la section suivante.***

Le client est-il en mesure de se faire comprendre en parlant ?

Oui sans difficulté Oui avec légères difficultés Oui, mais avec difficultés importantes
 Non, impossible

Le client utilise-t-il d'autres façons que la parole pour se faire comprendre ?

Gestes Pointage Écriture Regard Vocalisations Aide de l'entourage
 Tableau de communication papier
 Appareil de communication. Si oui, nom de l'appareil _____
 Autres _____

Le client présente-t-il des difficultés de compréhension ?

Oui Non

Le client est-il en mesure de s'exprimer par écrit ?

Oui Non

Si non, est-ce dû à une incapacité motrice une difficulté langagière ?

Moyens utilisés papier crayon traitement de texte Courriels, messages texte

Autres _____

Commentaires : _____

5. BESOIN D'UNE ÉVALUATION POUR L'ACCÈS À L'ORDINATEUR/TABLETTE ?

Oui Non ***Si non, passer à la section suivante.***

Quel ordinateur / tablette le client possède-t-il ? _____

Contexte d'utilisation : Travail Études Bénévolat Loisirs

Décrivez la problématique lors de l'utilisation de la tablette Sans particularité

Décrivez la problématique lors de l'utilisation de la souris Sans particularité

Décrivez la problématique lors de l'utilisation du clavier Sans particularité

Décrivez la problématique d'accès à votre bureau de travail Sans particularité

Décrivez toute autre problématique Sans objet

Résultats des essais effectués pour améliorer l'ergonomie (p.ex. positionnement au poste de travail, repositionnement du clavier ou de la souris) :

**QUESTIONNAIRE DE
DÉPISTAGE DES BESOINS**

Date : _____

Dossier _____

Nom _____

Prénom _____

Clinique d'accès aux aides technologiques (CAAT)

5. BESOIN D'UNE ÉVALUATION POUR L'ACCÈS À L'ORDINATEUR/TABLETTE ? (suite)Les problèmes notés sont en lien avec : des incapacités physiques des atteintes cognitivesAides technologiques utilisées présentement ? Sans objet

Commentaires : _____

Veillez vous assurer que le client ou son entourage possède les connaissances de base pour l'utilisation et l'entretien de son ordinateur**6. BESOIN D'ÉVALUATION POUR LE CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT ET/OU LA TÉLÉPHONIE ?** Oui Non *Si non, ne pas répondre à cette section*

Problématique	Décrivez les résultats de vos essais
Tenir le combiné du téléphone/le cellulaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	Avec l'option mains libres/casque d'écoute _____
Composer un no de téléphone <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	Programmation des numéros/ positionnement du téléphone _____
Allumer et éteindre les lumières <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	Lampe toucher /minuteur/autres _____
Utilisation des télécommandes <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Audiovisuels <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Porte <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____	Repositionnement des télécommandes pour faciliter l'utilisation _____ _____
Démarches en cours pour l'adaptation de votre domicile ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Les problèmes notés sont en lien avec : <input type="checkbox"/> Des incapacités physiques <input type="checkbox"/> Des atteintes cognitives	
Aides technologiques utilisées présentement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	
Commentaires : _____	

Signature_____
Date

Titre d'emploi _____