

**ANNEXE V – RAPPORT D'ÉVALUATION : Bilan fonctionnel et physique**  
**Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs**  
**Établissements mandataires**



**POUR L'EST DU QUÉBEC :**  
INSTITUT DE RÉADAPTATION  
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC  
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL  
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8  
[progsss-irdpq.ciusscn@sss.gouv.qc.ca](mailto:progsss-irdpq.ciusscn@sss.gouv.qc.ca)

**POUR L'OUEST DU QUÉBEC :**  
INSTITUT DE RÉADAPTATION  
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL  
6300 AVENUE DARLINGTON  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 2J4  
[programmes.ministeriels.irglm@sss.gouv.qc.ca](mailto:programmes.ministeriels.irglm@sss.gouv.qc.ca)



**1. RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER**

Nom à la naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
(résidence) (travail) (autre)

Numéro d'assurance maladie

Expiration

Un programme privé d'assurance couvre-t-il l'achat de l'appareil en partie ou en totalité?

Oui  Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

\* Joindre une attestation de la compagnie d'assurance indiquant le pourcentage ou montant couverts par la police (réf. : Demande d'aide matérielle).

**Diagnostic médical avec conditions associées :**

\_\_\_\_\_

**EN L'ABSENCE DU PORTRAIT MÉDICAL (ANNEXE VI)**

Type de document médical et date (Ex: prescription, rapport) : \_\_\_\_\_

Provenance (Ex : Dossier usager) : \_\_\_\_\_

Nom médecin ou IPS et no. de pratique : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À LA MARCHÉ

**DÉCRIVEZ ET EXPLIQUEZ LES CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À LA MARCHÉ** (amplitude articulaire, force, coordination, endurance physique, tonus musculaire, troubles d'équilibre, déformation musculosquelettique, douleur, œdème, patron de marche, sensation ou proprioception, chute, etc.).

---



---



---



---



---



---



---

### Capacités et incapacités de la personne à la marche

#### À l'intérieur, la personne marche :

<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> En s'appuyant sur des meubles, les murs	<input type="checkbox"/> Avec une A.T.	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Canne ou béquilles
<input type="checkbox"/> Accompagnée			<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Marchette
			<input type="checkbox"/> Canne quadripode	<input type="checkbox"/> Autre

#### À l'extérieur, la personne marche :

<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Moins de 30 m Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Avec une A.T.	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses
<input type="checkbox"/> Accompagnée			<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère
			<input type="checkbox"/> Canne quad.	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte
			<input type="checkbox"/> Canne ou béquilles	<input type="checkbox"/> En transportant des objets
			<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (____ mètres/minute)
			<input type="checkbox"/> Ambulateur	<input type="checkbox"/> Monte un escalier
			<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Descend un escalier
<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> 30 m et plus Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Avec une A.T.	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses
<input type="checkbox"/> Accompagnée			<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère
			<input type="checkbox"/> Canne quad.	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte
			<input type="checkbox"/> Canne ou béquilles	<input type="checkbox"/> En transportant des objets
			<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (____ mètres/minute)
			<input type="checkbox"/> Ambulateur	<input type="checkbox"/> Monte un escalier
			<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Descend un escalier

**Quels sont les problèmes fonctionnels rencontrés à cause de cette incapacité?**

---



---



---



---



---

### 3. CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À PROPULSER UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL

**DÉCRIVEZ ET EXPLIQUEZ LES CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À PROPULSER UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL** (amplitude articulaire, force, coordination, endurance physique, tonus musculaire, douleur, œdème, déformation musculosquelettique, sensation ou proprioception, etc.).

---



---



---

#### Capacité et incapacités à propulser un fauteuil roulant manuel

La personne possède-t-elle un fauteuil roulant manuel? Oui  Non

Si oui, mentionnez l'origine du fauteuil (inclure le modèle et les années d'utilisation)

RAMQ \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_ Prêt \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Modèle \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

La personne :

- utilise quotidiennement un fauteuil roulant manuel. Oui  Non
- utilise un chien d'assistance pour la traction  
(Les frais d'utilisation sont remboursés par le MSSS) Oui  Non
- se déplace seule **à l'intérieur** en fauteuil roulant manuel. Oui  Non
- se déplace seule **à l'extérieur** en fauteuil roulant manuel. Oui  Non
- se fait **pousser**. Oui  Non

#### La personne utilise un fauteuil roulant manuel :

<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Moins de 150 m Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses <input type="checkbox"/> Sur terrain accidenté <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte <input type="checkbox"/> En transportant des objets <input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (_____ mètres/minute) <input type="checkbox"/> Les mouvements répétitifs lui causent des douleurs importantes
<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> 150 mètres et plus Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses <input type="checkbox"/> Sur terrain accidenté <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte <input type="checkbox"/> En transportant des objets <input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (_____ mètres/minute) <input type="checkbox"/> Les mouvements répétitifs lui causent des douleurs importantes

Si la personne **n'utilise pas un fauteuil roulant manuel**, expliquez pourquoi et dites si une autre aide technique pourrait aider à sa mobilité.

---



---

Autres commentaires

---



---



Commentaires

---

---

**5. CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES POUVANT INFLUENCER LE CHOIX DE L'APPAREIL**

Environnement physique : Propriétaire  Locataire   
Type d'habitation \_\_\_\_\_  
Accès du domicile \_\_\_\_\_

Description de l'environnement

---

---

---

Milieu familial

---

---

---

Milieu social (études, travail, bénévolat)

---

---

---

Activités significatives

---

---

---

Transport

La personne conduit-elle une automobile ? Oui  Non

Mode de transport :

Famille Oui  Non

Transport adapté (accès au) Oui  Non

Avec accompagnateur Oui  Non

La personne peut-elle marcher quelques pas? Oui  Non

Sur quelles distances la personne se servirait-elle de l'équipement? \_\_\_\_\_ km

À quelle fréquence la personne se servirait-elle de l'équipement? \_\_\_\_\_

---

## 6. RECOMMANDATIONS

Quelles sont vos recommandations sur le type d'équipement choisi? Décrivez le modèle répondant aux besoins de la personne :

- **S'il s'agit d'un appareil valorisé** : Indiquez le modèle retenu, la marque et les composants optionnels essentiels à l'autonomie et à la sécurité de la personne.
- **S'il s'agit d'un appareil neuf** : Signez le bon de commande de l'appareil précisant les composants optionnels essentiels à l'autonomie et à la sécurité de la personne.
- **S'il s'agit d'un appareil de la catégorie « Besoins particuliers » ou de composants C.S. (considérations spéciales)** : Justifiez les besoins (besoins fonctionnels de la personne ou caractéristiques de son environnement).
- **Qu'il s'agisse d'un appareil neuf ou valorisé** : Justifiez les composants optionnels requis pour les besoins de la personne (exemple : porte-canne, support à bonbonne d'oxygène, etc.).

---

Nom de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute \_\_\_\_\_

Établissement \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_

---

Signature de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute  
rapport

Numéro de permis

Date du

## 7. DOCUMENTS À INCLURE AVEC CE RAPPORT

- Formulaire de demande d'aide matérielle rempli par l'utilisateur.
- En l'absence d'information médicale au dossier, fournir un Portrait médical rédigé par le médecin ou l'IPS confirmant la déficience motrice permanente qui entraîne des incapacités significatives et persistantes sur le plan de l'autonomie de marche et des difficultés de propulsion.
- Pour les personnes atteintes de fibromyalgie, un diagnostic émis par un médecin œuvrant dans le domaine est nécessaire.
- Pour les personnes ayant une insuffisance cardiovasculaire ou cardiorespiratoire sévère, une prescription du médecin ou de l'IPS décrivant le degré de l'insuffisance en se référant à la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec OU à la classification du déficit cardiovasculaire utilisée par la New York Heart Association est nécessaire.
- Bon de commande signé par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.
- Estimation du coût de réparation du vieil appareil si la demande concerne un remplacement.
- Si un assureur privé couvre l'achat de l'appareil en partie, attestation qui indique le pourcentage ou montant alloués.