

ANNEXE 5-F

Rapport diagnostic

Déficiência du langage et de la parole

Ce rapport doit être rempli par l'orthophoniste

Rapport diagnostic Déficiência du langage et de la parole

Si la personne présente une fissure à la lèvre et/ou au palais ou présente des troubles d'ordre neurologique tels que l'aphasie, le trouble développemental du langage (trouble primaire du langage), la dysarthrie entraînant des incapacités significatives et persistantes au niveau de la communication, **ce rapport doit être rempli par l'orthophoniste.**

Les renseignements fournis demeurent confidentiels.

Identification de la personne

| | |
|------------------------------|---------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Code postal : |
| Numéro d'assurance maladie : | |

1. Diagnostic médical

2. Préciser la cause et la date d'apparition du diagnostic en cochant la case appropriée.

- À la naissance :
- Due à une maladie : laquelle? _____ Date: _____
- Accident de travail : _____ Date: _____
- Accident de la route : _____ Date: _____
- Autre, précisez : _____ Date: _____
-

3. Le diagnostic de la personne entraîne-t-il des limitations fonctionnelles?

- Non
- Oui, lesquelles : _____
-

- Ces limitations sont : Permanentes :
- Temporaires, d'une durée probable de : _____
-
- Intermittentes, précisez: _____
-

4. Aides techniques

A. La personne utilise-t-elle de façon régulière des aides techniques à la communication, ou tout autre moyen pour compenser ses limitations fonctionnelles? (Exemples : tableau de communication, langage gestuel ou autres).

Non

Oui, lesquelles : _____

B. De quelle façon l'aide technique utilisée compense les limitations fonctionnelles de la personne.

Complètement

Partiellement, expliquez : _____

Ne compense pas, pourquoi : _____

5. a) L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible?

Non, pourquoi ? _____

Oui, de façon : Complète

Partielle, expliquez : _____

5. b) La personne est-elle atteinte d'une déficiences significative et persistante?

Non : _____

Oui, expliquez : _____

6. Mode de déplacement

A. Moyen de transport

Précisez le moyen de transport qui répond aux besoins de la personne ?

Automobile

Autobus

Avion : Quelles sont les difficultés de cette personne qui *l'obligent* à voyager par avion? **Pour que les frais de transport par avion soient remboursés, cette partie doit être remplie. Pour la clientèle n'ayant pas d'accès routier, l'avion est accepté d'office.**

B. Besoin d'accompagnateur

Les raisons mentionnées doivent démontrer que *la sécurité* de la personne est en cause et qu'il est impossible pour elle de voyager de façon autonome. **L'accompagnateur est accepté lorsqu'il s'agit d'une personne de moins de 18 ans ou de 75 ans et plus.**

La personne doit-elle être accompagnée dans ses déplacements ?

Non, la personne peut voyager seule.

Oui, expliquez: _____

7. Recommandation des services requis

Les traitements nécessaires à la personne sont-ils offerts sur le territoire de la Côte-Nord?

Non

Oui

Si cette personne doit être référée à l'**extérieur** de la région 09-Côte-Nord, en **précisez les raisons** :

La partie suivante doit être remplie pour l'analyse du dossier. Il est à noter que les services médicaux doivent être en lien avec la déficience de la personne et prescrits par un professionnel de la santé.

8. Précisez les services médicaux requis ainsi que l'établissement où sont dispensés les services :

Établissement : _____ Établissement : _____

Lieu : _____ Lieu : _____

Services requis : _____ Services requis : _____

Établissement : _____ Établissement : _____

Lieu : _____ Lieu : _____

Services requis : _____ Services requis : _____

9. Signature du médecin

Nom _____ Prénom _____

Spécialité _____

N° de téléphone _____ N° de pratique _____

Signature du professionnel

Date

Important : Veuillez identifier les limitations fonctionnelles à la page suivante.

Identification des limitations fonctionnelles – Adolescent et adulte

A. Usager âgé de 14 ans et plus, vous devez remplir cette section.

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne âgée de 14 ans et plus. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

| Communication | Adéquat | Problème | Types de compensation ou explications |
|---------------|---------|----------|---------------------------------------|
| Voir | | | |
| Entendre | | | |
| Parler | | | |

| AVQ* / AVD* / Mobilité | N/A * | Capable seul | | Avec aide | | Incapable |
|-------------------------------|-------|-----------------|-----------------|----------------|-----------|-----------|
| | | avec difficulté | sans difficulté | d'une personne | technique | |
| 1. Se nourrir | | | | | | |
| 2. Hygiène personnelle | | | | | | |
| 3. S'habiller/se déshabiller | | | | | | |
| 4. Installer orthèse/prothèse | | | | | | |
| 5. Utiliser les toilettes | | | | | | |
| 6. Lever/coucher/transferts | | | | | | |
| 7. S'étirer, se baisser | | | | | | |
| 8. Se déplacer | | | | | | |
| 9. Utiliser les escaliers | | | | | | |
| 10. Utiliser les transports | | | | | | |
| 11. Entretenir la maison | | | | | | |
| 12. Préparer les repas | | | | | | |
| 13. Faire les courses | | | | | | |
| 14. Faire la lessive | | | | | | |
| 15. Utiliser le téléphone | | | | | | |

| Fonctions mentales | Adéquat | Problème | Explications |
|--------------------|---------|----------|--------------|
| 1. Mémoire | | | |
| 2. Orientation | | | |
| 3. Compréhension | | | |
| 4. Jugement | | | |

Soins particuliers / Commentaires : _____

*N/A : Non applicable.

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVD : Activités de la vie domestique

Identification des limitations fonctionnelles - Enfant

B. Si la personne pour laquelle vous faites la demande est âgée de 13 ans et moins, vous devez remplir cette section.

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne âgée de 13 ans et moins. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

| Communication | Adéquat | Problème | Types de compensation ou explications |
|---------------|---------|----------|---------------------------------------|
| Voir | | | |
| Entendre | | | |
| Parler | | | |

| AVQ* / Mobilité | N/A * | Capable seul | | Avec aide | | Incapable |
|--|-------|-----------------|-----------------|----------------|-----------|-----------|
| | | avec difficulté | sans difficulté | d'une personne | technique | |
| 1. Rouler du dos au ventre et vice-versa | | | | | | |
| 2. Tenir assis | | | | | | |
| 3. Ramper à plat ventre | | | | | | |
| 4. Se déplacer à 4 pattes | | | | | | |
| 5. Marcher | | | | | | |
| 6. Prendre les objets | | | | | | |
| 7. Manipuler les jouets | | | | | | |
| 8. Gribouiller, faire un dessin | | | | | | |
| 9. Se nourrir | | | | | | |
| 10. S'habiller / se déshabiller | | | | | | |
| 11. Se lever / se coucher | | | | | | |
| 12. Utiliser les escaliers | | | | | | |
| 13. Lire / écrire | | | | | | |
| 14. Utiliser les toilettes | | | | | | |

| |
|--|
| Soins particuliers / Commentaires : _____ |
| |
| |
| |

*N/A : Non applicable

AVQ : Activités de la vie quotidienne