

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

<b>Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Formulaire 1)</b>	
<i>Le présent formulaire est à utiliser dans le cas d'accidents survenus à compter du 31 mars 2008.</i>	
<b>**Numéro de demande :</b>	
<b>**Numéro de police :</b>	
<b>Date de l'accident : (AAAAMMJJ)</b>	

Le présent formulaire est à utiliser pour rendre compte des besoins futurs du demandeur en soins auxiliaires découlant d'un accident d'automobile. Il doit être rempli par un ergothérapeute ou une infirmière autorisée (cette personne étant désignée dans la présente sous le nom d'« évaluateur »). Le formulaire se divise en cinq parties :

- Partie 1 : Soins auxiliaires de niveau 1
- Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2
- Partie 3 : Soins auxiliaires de niveau 3
- Partie 4 : Calcul des coûts des soins auxiliaires
- Partie 5 : Signature de l'évaluateur ou des évaluateurs

Veuillez remplir toutes les parties pertinentes. Vous devez faire des copies et les remettre aux personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le demandeur</li> <li>▪ le praticien de santé du demandeur</li> </ul>	<b>Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* renseignement à fournir si on le connaît</li> <li>** au moins un champ dans cette partie</li> <li>*** facultatif</li> </ul>
---	--

**Remarque :** Les utilisateurs du Formulaire 1 devraient aussi envisager la possibilité d'autres indemnités d'accident prévues en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL) pour le remboursement d'autres pertes et dépenses (p. ex., travaux ménagers et entretien du domicile, transports, modifications du domicile et autres frais médicaux et de réadaptation).

<b>Renseignements sur le demandeur</b>	Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe	*Numéro de téléphone	Poste
	Nom de famille		Prénom	***Second prénom
	Adresse			
	Ville	Province	Code postal	

<b>Renseignements sur l'assureur</b>	Nom de l'assureur			
	Ville ou localité de la succursale (s'il y a lieu)			*Numéro de téléphone
	**Nom du titulaire de la police identique au demandeur <input type="checkbox"/> OU	**Nom de famille du titulaire de la police		**Prénom du titulaire de la police

<b>Renseignements sur l'évaluation des soins auxiliaires</b>	Date de la présente évaluation (AAAAMMJJ) :	*Est-ce la première évaluation du demandeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de la dernière évaluation (AAAAMMJJ) :	*Indemnités mensuelles actuelles

<b>Renseignements sur l'évaluateur</b>	Nom de l'évaluateur	*Courriel
	Profession	Numéro d'inscription de l'ordre

<b>Renseignements sur l'établissement</b>	Nom de l'établissement		
	Numéro d'inscription de l'emplacement dans le système DRSSAA		*Numéro de permis de la CSFO (s'il y a lieu)
	Adresse de prestation des services		
	Ville	Province	Code postal
	Numéro de téléphone	*Poste	*Télécopieur
		*Courriel	

**Partie 1 : Soins auxiliaires de niveau 1**

Les soins auxiliaires de niveau 1 sont des soins personnels habituels. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois que chacune doit être effectuée par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois pour obtenir le nombre total de minutes par semaine pour chaque activité.

		Nombre de Minutes	N <sup>o</sup> de fois par semaine	Total minutes par sem.
<b>Habiller</b>	Haut du corps (p. ex., sous-vêtements, chemise/chemisier, chandail, cravate, veste, gants, bijoux)			
	Bas du corps (p. ex., sous-vêtements, sous-vêtements jetables, jupe/pantalon, chaussettes, collants, pantoufles, chaussures)			
	<b>Total partiel</b>			
<b>Déshabiller</b>	Haut du corps (p. ex., sous-vêtements, chemise/chemisier, chandail, cravate, veste, gants, bijoux)			
	Bas du corps (p. ex., sous-vêtements, sous-vêtements jetables, jupe/pantalon, chaussettes, collants, pantoufles, chaussures)			
	<b>Total partiel</b>			
<b>Prothèses</b>	applique les prothèses de membre supérieur/inférieur et le bonnet couvre-segment			
	change les dispositifs terminaux et ajuste les prothèses s'il y a lieu			
	s'assure que les prothèses sont adéquatement entretenues et en bon ordre de marche			
	<b>Total partiel</b>			
<b>Orthèses</b>	aide le demandeur à s'habiller et à fixer les orthèses prescrites (p. ex., pansement pour brûlures, appareils orthodontiques et de soutien, attelles, chaussettes élastiques)			
	<b>Total partiel</b>			
<b>Toilette</b>	Visage : lave, rince, essuie, matin et soir			
	Mains : lave, rince, essuie, matin et soir, avant et après les repas et après l'élimination			
	Rasage : rase le demandeur à l'aide d'un rasoir électrique ou de sûreté			
	Cosmétiques : applique le maquillage suivant les besoins			
	Cheveux :			
	brosse/peigne suivant les besoins			
	applique le shampoing, sèche les cheveux au séchoir ou à la serviette			
	style et lisse les cheveux			
	Ongles des mains : nettoie et manucure suivant les instructions ou les besoins			
	Ongles des pieds : nettoie et coupe suivant les besoins			
<b>Total partiel</b>				

Nourriture	prépare le demandeur pour les repas (y compris le transport à l'endroit approprié)			
	aide entièrement ou en partie à la préparation, au service et à l'administration des repas			
<b>Total partiel</b>				

Mobilité (aide au déplacement)	aide le demandeur à se placer en position assise (p. ex., fauteuil roulant, chaise, sofa)			
	supervise/assiste la marche			
	aide aux déplacements selon les besoins (p. ex., du lit au fauteuil roulant, du fauteuil roulant au lit)			
<b>Total partiel</b>				

Blanchissage supplémentaire	lave la literie et les vêtements du demandeur en raison d'incontinence/déversements			
	lave/nettoie les appareils orthodontiques demandant des soins particuliers			
<b>Total partiel</b>				

**Partie 1 Total – Additionnez les totaux partiels de la partie 1. Indiquez le total ici et à la partie 4.**

## Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2

Les soins auxiliaires de niveau 2 consistent en des fonctions de supervision de base. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois que chacune doit être effectuée par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois pour obtenir le nombre total de minutes par semaine pour chaque activité.

Hygiène	Salle de bains			
	nettoie baignoire/douche/lavabo/toilettes après l'utilisation par le demandeur			
Chambre à coucher				
change la literie du demandeur, fait le lit, nettoie la chambre à coucher, y compris l'élévateur Hoyer, les barres supérieures de lit, les tables de chevet				
assure le confort et la sécurité personnelle dans l'environnement				
Soins des vêtements				
aide à la préparation des pièces vestimentaires quotidiennes				
accroche les vêtements et trie les vêtements qui doivent être lavés				
<b>Total partiel</b>				

Soins de supervision de base	le demandeur n'arrive pas à rattacher le tube élastique s'il se détache de la trachée			
	le demandeur a besoin d'aide pour se déplacer du fauteuil roulant, pour se retourner périodiquement, pour les soins génito-urinaires			
	le demandeur n'arrive pas à s'asseoir dans le fauteuil roulant ou à le quitter, ou à être autonome en cas d'urgence			
	le demandeur n'est pas en mesure de réagir à une urgence ou nécessite des soins de garde en raison de ses changements d'humeur			
<b>Total partiel</b>				

Partie 2 (suite)

Nombre de Minutes X Nbre fois par semaine = Total minutes par sem.

<b>Coordination des soins auxiliaires</b>	le demandeur a besoin d'aide pour la coordination/préparation des soins auxiliaires (maximum 1 heure par semaine)			
	<b>Total partiel</b>			

Partie 2 - Additionnez tous les totaux partiels de la partie 2. Indiquez le total ici et à la partie 4.

**Partie 3 : Soins auxiliaires de niveau 3**

Les soins auxiliaires de niveau 3 consistent en des fonctions complexes de soins de santé et d'hygiène. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois que chacune doit être effectuée par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois pour obtenir le nombre total de minutes par semaine pour chaque activité.

Nombre de Minutes X Nbre fois par semaine = Total minutes par sem.

<b>Appareil génito-urinaire</b>	effectue des cathétérismes			
	positionne, vide et nettoie les systèmes de drainage			
	nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/incontinence			
	utilise des sous-vêtements jetables s'il y a lieu			
	aide aux besoins du cycle menstruel s'il y a lieu			
	fait le suivi des déchets			
	<b>Total partiel</b>			

<b>Soins liés à l'élimination intestinale</b>	administre des lavements ou des suppositoires et effectue la stimulation ou la fragmentation digitale des fécalomes			
	donne des soins de colostomie et/ou d'iléostomie			
	positionne, vide et nettoie les systèmes de drainage, y compris les iléoconduits			
	utilise des sous-vêtements jetables s'il y a lieu			
	nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/évacuation			
<b>Total partiel</b>				

<b>Soins liés à une trachéostomie</b>	change et nettoie les canules internes et externes s'il y a lieu			
	change le ruban s'il y a lieu			
	effectue la succion au besoin			
	nettoie et entretient l'équipement de succion			
<b>Total partiel</b>				

<b>Soins du ventilateur</b>	s'assure que le taux de volume et de pression sont maintenus selon les prescriptions			
	maintient l'humidification selon les besoins			
	change et nettoie les tubes et les filtres au besoin			
	nettoie le système d'humidification au besoin			
	ajuste les réglages selon les besoins du client (p. ex., rhume, congestion)			
	rattache les tubes s'ils se détachent			
<b>Total partiel</b>				

<b>Exercice</b>	aide le demandeur à réaliser le programme d'exercices/d'étirements prescrit			
	aide le demandeur à marcher à l'aide de béquilles, de cannes, d'appareils orthopédiques et/ou d'ambulateur			
<b>Total partiel</b>				

<b>Soins de la peau</b> (bains exclus)	assiste aux soins de la peau - blessures, plaies, éruptions (amputations, brûlures graves, lésions de la moelle épinière, etc.)			
	administre les médicaments et les pansements prescrits			
	applique les crèmes, lotions, pâtes, onguents et poudres tel que prescrit ou requis			
	vérifie les endroits du corps pour dépister des ulcères de décubitus, des lésions ou éruptions cutanées			
	retournement périodique pour éviter les ulcères de décubitus et les lésions ou cisaillements cutanés			
<b>Total partiel</b>				

<b>Médicaments</b>	<b>Oral</b>				
	administre les médicaments prescrits				
	fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments				
	maintient et contrôle la provision de médicaments				
	<b>Injections</b>				
	administre les médicaments prescrits				
	fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments				
	maintient et contrôle la provision de médicaments				
	<b>Inhalothérapie/oxygénothérapie</b>				
	administre la posologie prescrite selon les besoins				
	maintient et contrôle les fournitures d'inhalation				
	nettoie et entretient l'équipement				
	<b>Total partiel</b>				

<b>Bain</b>	<b>Bain ou douche</b>				
	aide le demandeur à se coucher ou à se lever, à s'asseoir dans le fauteuil roulant et à utiliser les élévateurs Hoyer dans le bain ou la douche				
	lave et essuie le demandeur				
	applique les crèmes, lotions, pâtes, onguents et poudres tel que prescrit ou requis				
	<b>Bain au lit</b>				
	prépare l'équipement				
	lave et essuie le demandeur				
	applique les crèmes, lotions, pâtes, onguents et poudres tel que prescrit ou requis				
	nettoie et entretient l'équipement de lit/de bain				
	<b>Hygiène orale</b>				
	brosse les dents et administre la soie dentaire				
	nettoie la bouche au besoin				
	nettoie les dentiers au besoin				
	<b>Total partiel</b>				

Partie 3 (suite)

Nombre de Minutes X Nbre fois par semaine = Total minutes par sem.

<b>Autre traitement</b>	<b>Neurostimulation transcutanée (TENS)</b>			
	prépare l'équipement			
	administre le traitement comme prescrit ou requis			
	<b>Stimulation de la colonne vertébrale</b>			
	fait le suivi de l'épiderme			
	entretient l'équipement			
<b>Total partiel</b>				

<b>Entretien des fournitures et de l'équipement</b>	suit, commande et entretient les fournitures ou l'équipement requis			
	s'assure que les fauteuils roulants, les prothèses, les élévateurs Hoyer, les sièges pour douche et autre matériel médical spécialisé et de soutien sont sécuritaires			
<b>Total partiel</b>				

<b>Soins de supervision spécialisés</b>	le demandeur nécessite des soins de supervision spécialisés pour des comportements violents qui peuvent donner lieu à des blessures physiques pour lui-même ou son entourage			
<b>Total partiel</b>				

**Partie 3 - Additionnez tous les totaux partiels de la Partie 3. Indiquez le total ici et ci-dessous.**

**Partie 4 :  
Calcul des coûts des soins auxiliaires**

Cette partie doit être remplie par l'évaluateur. Calculez l'indemnité mensuelle de soins auxiliaires pour les parties 1, 2 et 3. La somme correspondant à ces trois parties sera le Total des indemnités mensuelles évaluées pour les soins auxiliaires.

	Total minutes par semaine	÷ 60 =	Total heures par semaine	X 4,3 =	Total heures par mois	X	Taux horaires	=	Indemnités de soins mensuelles
<b>Partie 1</b>						X	A*	=	\$
<b>Partie 2</b>						X	B*	=	\$
<b>Partie 3</b>						X	C*	=	\$

**Total des indemnités mensuelles évaluées pour les soins auxiliaires**

(Ce montant est assujéti aux limites prévues en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales)

\$

	<b>Accidents survenus entre le 31 mars 2008 et le 31 août 2010</b>	<b>Accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010</b>
<b>A</b>	11,23 \$	<b>Veillez consulter les taux horaires indiqués dans la Ligne directrice du surintendant en vertu de l'alinéa 19 (2) a) de l'AIAL.</b>
<b>B</b>	8,75 \$	
<b>C</b>	17,98 \$	

Y a-t-il des pièces jointes?  Oui  Non

Dans l'affirmative, combien? \_\_\_\_\_

Envoyez les pièces jointes directement à l'assureur.

**Partie 5 :  
Signature du ou  
des évaluateurs**

Je confirme que, à ma connaissance, les renseignements figurant dans le présent formulaire sont exacts. J'ai obtenu le consentement approprié du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements fournis.

Signature de l'évaluateur

Date (AAAAMMJJ)

**Réservé à l'assureur**

J'ai examiné ce formulaire d'évaluation des besoins en soins auxiliaires et d'après les renseignements obtenus,

J'approuve

J'approuve en partie

Je n'approuve pas

Nom de l'expert (en caractères d'imprimerie)

Date (AAAAMMJJ)