



Institut de réadaptation
en déficience physique
de Québec

Institut universitaire

Questionnaire de dépistage Programme des myélopathies

Relance 3 mois _____ an(s)

Consignes :

Pour les questions se répondant par « Oui » ou « Non », veuillez indiquer la réponse dans la case précédant la question. Cibler les besoins de suivi à l'aide d'un marqueur.

Diagnostic : _____ Date de l'événement : ____ / ____ / ____

Organisme payeur : SAAQ CSST IVAC MSSS MSSS2 Autres

Date de la dernière relance : ____ / ____ / ____ Médecin : _____

Êtes-vous suivi(e) en région ? Centre de réadaptation CLSC Autres

Nom du médecin de famille ou intervenant significatif : _____ Tél. : _____

Pharmacie : _____ Tél. : _____

SUIVI DE LA CONDITION MÉDICALE

Médication : _____

Avez-vous des allergies? _____

Avez-vous été hospitalisé depuis la dernière relance? _____

Pourquoi? _____

Avez-vous reçu le vaccin : anti-grippal? antipneumococcie (pneumonie)?

Êtes-vous porteur d'une bactérie multi-résistante? SARM ERV Autres

Avez-vous d'autres problèmes de santé? thyroïde diabète

anémie cholestérol autres

Suivi nécessaire

Commentaires : _____

SUIVI DE LA CONDITION PULMONAIRE

Fumeur Non-fumeur

Depuis 1 an, avez-vous présenté des signes d'infection pulmonaire? _____

Fréquence des infections : _____ Date de la dernière infection : ____ / ____ / ____

Pouvez-vous expectorer vos sécrétions? _____

- Est-ce que vos problèmes respiratoires limitent :
- votre sommeil? votre endurance dans les déplacements?
- vos activités? autres _____
- Apnée du sommeil : Avez-vous des difficultés respiratoires la nuit, associées à de la fatigue et des maux de tête le matin? _____
- Utilisez-vous une aide respiratoire pour dormir? BPAP CPAP
- Suivi nécessaire
- Commentaires : _____

SUIVI DE LA CONDITION VASCULAIRE

- Avez-vous un problème cardiaque diagnostiqué? _____
- Avez-vous un suivi médical pour ce problème? _____
- Êtes-vous anti-coagulé? _____
- Avez-vous des signes d'hyperréflexie autonome (↑ de tension artérielle, maux de tête, rougeur, sueur, frissons)? _____
- Avez-vous des signes d'hypotension orthostatique (vision trouble, étourdissements, sensation de perte de conscience)? _____
- Portez-vous une bande abdominale? _____
- Avez-vous fait des thrombophlébites (dans quelle circonstance)? _____
- Avez-vous de l'œdème aux membres inférieurs? _____
- Portez-vous des bas support? _____
- Suivi nécessaire
- Commentaires : _____

SUIVI DE LA CONDITION NEUROLOGIQUE ET MUSCULO-SQUELETTIQUE

FORCE MUSCULAIRE :

- Ressentez-vous une perte de force musculaire sous la lésion? au-dessus de la lésion?
- Suivi nécessaire
- Commentaires : _____

SENSIBILITÉ :

- Notez-vous des changements de la sensibilité
- au niveau de la lésion? sous la lésion? au-dessus de la lésion?
- Suivi nécessaire
- Commentaires : _____

TONUS :

Notez-vous des changements dans le tonus musculaire?

Spasmes

Clonus

Spasticité ou raideur

Est-ce que cette modification du tonus influence

les transferts?

la mobilité au lit?

les déplacements?

le positionnement?

la douleur?

la marche?

Faites-vous un programme d'exercices pour diminuer le tonus? _____

Recevez-vous des injections de Botox? _____

Avez-vous une pompe à Baclofen? _____

Suivi nécessaire

Commentaires : _____

DOULEUR :

Avez-vous de la douleur? _____

Localisation : _____

Type :

Constante

Occasionnelle

Circonstance :

au repos

au mouvement

la nuit

Est-ce que la douleur limite

la position debout?

la propulsion du fauteuil roulant?

la marche?

les transferts?

la position assise au fauteuil roulant?

autres

Que faites-vous pour soulager cette douleur? _____

Suivi nécessaire

Commentaires : _____

AMPLITUDE ARTICULAIRE :

Notez-vous la présence de contractures ou rétractions?

aux membres supérieurs

aux membres inférieurs

Effectuez-vous un programme d'exercices pour éviter les contractures?

Suivi nécessaire

Commentaires : _____

AUTRES :

Avez-vous eu des fractures dans les dernières années? _____

Recevez-vous un traitement pour l'ostéoporose? _____

Avez-vous des problèmes de régulation de votre température? _____

NUTRITION

ALIMENTATION :

- Est-ce que vous prenez moins de trois repas par jour? _____
- Vous hydratez-vous régulièrement? _____
- Vous arrive-t-il de vous étouffer? _____
- Avez-vous une diète spéciale? _____
- Est-ce que vos équipements sont adéquats (bracelet, butée, antidérapant, etc.)? _____
- Satisfait Insatisfait

Commentaires : _____

PRÉPARATION DES REPAS:

- Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant
- Est-ce que la préparation des repas est difficile? _____
- Est-ce que vous pouvez faire votre épicerie au besoin? _____
- Satisfait Insatisfait

Commentaires : _____

SUIVI DE LA CONDITION CORPORELLE

SOMMEIL :

- Avez-vous de la difficulté à dormir la nuit? _____
- Quels sont les facteurs qui perturbent votre sommeil?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> inconfort | <input type="checkbox"/> couvertures difficiles à manipuler |
| <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> difficulté à se réveiller pour faire les cathétérismes |
| <input type="checkbox"/> mobilité réduite | <input type="checkbox"/> incontinence |
| <input type="checkbox"/> difficulté à se retourner | <input type="checkbox"/> médication inadéquate |
- Satisfait Insatisfait

Commentaires : _____

ACTIVITÉS PHYSIQUES :

- Est-ce que votre poids corporel est stable? _____
- Avez-vous développé des habitudes d'entraînement physique? _____
- Satisfait Insatisfait

Commentaires : _____

PLAIES :

- Avez-vous des problèmes de rougeur avec votre peau? _____
- Avez-vous eu un problème de plaie dans la dernière année? Site : _____
- Avez-vous recours aux services du CLSC pour le traitement de votre plaie? _____
- Prenez-vous des précautions particulières pour prévenir les plaies? _____
- Pouvez-vous identifier la source de votre problème?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pas de vérification de la peau avec miroir | <input type="checkbox"/> Pansement non changé |
| <input type="checkbox"/> Vêtements souillés (incontinence, sudation) | <input type="checkbox"/> Coussin brisé ou usé |
| <input type="checkbox"/> Impossibilité de changer de position dans le fauteuil roulant et/ou au lit | <input type="checkbox"/> Matelas inadéquat |
| <input type="checkbox"/> Impossibilité de se coucher pendant la journée | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise posture au fauteuil roulant | |
- Satisfait Insatisfait

Commentaires : _____

SOINS DE SANTÉ :

- Avez-vous de la difficulté à assurer le suivi de vos soins de santé? _____
- Non disponibilité de ressources médicales : _____
- Suivi restreint pour les traitements de physiothérapie ou ergothérapie : _____
- Non disponibilité de ressources pour poursuivre les exercices de mobilisations passives : _____
- Satisfait Insatisfait

Commentaires : _____

CONDITION GÉNITALE ET SEXUELLE :

Date du dernier test de dépistage du cancer de la prostate _____ / _____ / _____

Date du dernier examen gynécologique _____ / _____ / _____

- Avez-vous passé une mammographie et/ou un examen des seins dans la dernière année? _____
- Avez-vous des problèmes menstruels? _____
- Avez-vous des besoins de contraception? _____
- Avez-vous des problèmes de fertilité? _____
- Suivi nécessaire

Commentaires : _____

SOINS PERSONNELS

FONCTIONNEMENT URINAIRE :

- Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Comment fonctionnez-vous sur le plan urinaire?

- miction naturelle miction réflexe sur condom urinaire

- cathétérisme ou auto-cathétérisme par voie urétrale
 par voie de Mitrofanoff

- Sonde vésicale par voie urétrale
 par cystostomie

Avez-vous des problèmes urinaires?

- incontinence blocage de la sonde difficulté avec les cathétérismes
 douleur hyperréflexie sensation de vidange incomplète
 Autres _____

Avez-vous eu des infections urinaires au cours de la dernière année? _____

Symptômes : _____

Antibiotiques : _____

Avez-vous subi une chirurgie au système urinaire? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

FONCTIONNEMENT INTESTINAL :

- Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Comment fonctionnez-vous sur le plan intestinal?

- Aucune manoeuvre Avec manoeuvre Stimulation digitale
 Colostomie Curage
 Suppositoires
 Lavement

- Sans médication Avec médication

Quelle est la fréquence de votre fonctionnement intestinal? _____

Avez-vous des problèmes intestinaux?

- incontinence hyperréflexie
 hémorroïdes constipation
 diarrhée autres

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

HYGIÈNE :

Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Avez-vous des difficultés dans votre hygiène quotidienne?

hygiène du haut du corps
 cheveux
 rasage
 ongles

hygiène du bas du corps
 dents
 maquillage
 autres

Est-ce que votre salle de bain est adaptée et fonctionnelle? _____

Est-ce que vos équipements adaptés nécessitent des réparations ou des modifications? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

HABILLAGE :

Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Avez-vous de la difficulté à vous habiller? _____

haut du corps
 vêtements non adaptés
 bande abdominale
 difficultés avec les orthèses
 lit inadéquat

bas du corps
 bas support
 manque d'équipement
 difficultés avec les aides techniques

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

COMMUNICATIONS

Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Avez-vous de la difficulté à utiliser?

le téléphone

la télévision

le système d'urgence

un livre

la radio

un crayon

l'ordinateur

autres

Est-ce que votre équipement nécessite des modifications ou des réparations?

téléphone main libre

aides techniques pour l'écriture

amplificateur de voix

équipement non accessible au domicile

contrôle d'environnement

autres _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

HABITATION

Habitez-vous seul(e)? _____

Type de résidence

une maison

un appartement

un condominium

une coopérative d'habitation

un centre d'hébergement

une résidence de groupe

Autres _____

Avez-vous un domicile adapté à vos besoins?

En attente pour l'aménagement domiciliaire _____

Espace insuffisant _____

Manque d'équipement pour la cuisine, la chambre, la salle de bain _____

Absence de rampe d'accès ou plate-forme élévatrice _____

Incapacité d'ouvrir la porte d'entrée _____

Problèmes de climatisation _____

Entretien difficile à l'intérieur _____

Entretien difficile à l'extérieur _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

DÉPLACEMENTS

DÉPLACEMENTS :

Autonome

Aide partielle

Aide technique

Dépendant

Avez-vous des difficultés avec la marche?

déplacements difficiles à l'intérieur

accessoires de marche défectueux

déplacements difficiles à l'extérieur

difficulté dans les escaliers

Avez-vous des difficultés avec le fauteuil roulant manuel?

équipements inadéquats (coussin, fauteuil)

inconfort dans le fauteuil (positionnement)

endurance limitée (distance parcourue)

obstacles environnementaux (seuil, entrée, porte, etc.)

Avez-vous des difficultés avec le fauteuil roulant motorisé, le triporteur ou le quadriporteur?

positionnement inadéquat

équipement inadéquat

inconfort

équipement ne répond plus aux besoins

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

TRANSFERTS :

Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Avez-vous des difficultés avec les transferts :

au lit? à la douche ou chaise d'aisance?
 à la chaise? à la toilette?
 à l'auto? au sol?
 au divan? à l'équipement sportif?
 au bain?

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

TRANSPORTS :

Autonome Aide partielle Aide technique Dépendant

Quel est votre moyen de transport habituel?

mon véhicule transport adapté taxi autres

Avez-vous accès à un service de transport adapté dans votre région? _____

Conduisez-vous un véhicule automobile avec : adaptation de conduite adaptation d'embarquement

Avez-vous une vignette de stationnement? _____

Êtes-vous satisfait de vos possibilités de voyager (avion, train, autobus, etc.)? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

RESPONSABILITÉS

Quelles sont vos sources de revenus?

emploi Régie des rentes du Québec
 SAAQ pension de vieillesse
 CSST bourses d'étude
 IVAC Assurance-chômage
 assurance Aide sociale
 revenus de placement salaire du conjoint
 pension d'invalidité aide de ma famille
 autres _____

Vos revenus vous suffisent-ils pour répondre à vos besoins essentiels? _____

Avez-vous des problèmes

de gestion du personnel rendant les services d'aide personnelle (recrutement, organisation de l'horaire, organisation financière)? _____

d'organisation de votre horaire quotidien? _____

dans votre rôle parental? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

RELATIONS FAMILIALES ET CONJUGALES

Quel est votre état civil actuel? _____

Êtes-vous satisfait de votre relation avec votre conjoint ou autre personne significative? _____

Êtes-vous satisfait de votre relation avec vos enfants? _____

Avez-vous besoin d'aide ou de support pour améliorer cette situation? _____

Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle? _____

Désirez-vous rencontrer un sexologue? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

VIE COMMUNAUTAIRE

Est-ce que votre situation physique actuelle a un impact sur :

les liens avec vos amis, voisins, collègues de travail? _____

l'accès aux services publics de votre milieu (commerces du milieu, santé, gouvernementaux, bancaires, juridiques)? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

LOISIRS

Avez-vous repris la pratique d'activités sportives? _____

Avez-vous des équipements de sport? _____

Avez-vous repris vos activités artistiques et/ou culturelles? _____

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

TRAVAIL ET ÉDUCATION

Quel est votre niveau de scolarité complété actuellement?

Primaire
1-2-3-4-5-6

Secondaire
1-2-3-4-5

Collégial
1-2-3

Université
1-2-3-4 et plus

Quelle est votre occupation principale actuellement?

- étude temps plein
 travail temps plein
 activités à la maison (incluant les soins aux enfants)
 retraité

- étude temps partiel
 travail temps partiel
 bénévolat
 sans occupation
 autres

Si vous êtes sans occupation actuellement, quelle est la ou les raisons qui vous empêchent de travailler ou d'étudier?

- en raison de ma santé et/ou incapacités
 formation académique insuffisante
 je ne trouve pas d'emploi
 je ne désire pas travailler
 barrières architecturales (escaliers, portes trop étroites, pas d'ascenseur)
 problèmes avec assurances ou syndicat
 rentes d'indemnité en remplacement du revenu
 si je retourne au travail, je perds mes rentes d'indemnité
 problèmes climatiques (hiver)
 manque de transport
 autres

Souhaitez-vous entreprendre des démarches en vue d'avoir :

- une orientation professionnelle?
 une occupation rémunérée?
 une occupation non-rémunérée?

Satisfait

Insatisfait

Commentaires : _____

QUALITÉ DE VIE

Comment évaluez-vous votre qualité de vie actuellement?

- très mauvaise mauvaise passable bonne excellente

Depuis votre dernière relance, diriez-vous que votre qualité de vie est :

- stable? diminuée? améliorée?

Comment la situation pourrait-elle être améliorée? _____
