

Version préliminaire  Version finaleS'il y a lieu, toutes modifications à la version finale ont été consignées dans l'annexe *Modifications aux recommandations finales*, en date du \_\_\_\_\_.

Numéro de dossier

**1. Renseignements sur la personne admissible**

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
Adresse				
Municipalité	Code postal	Ind. rég.	Numéro de téléphone	
Représentant ou représentante (s'il y a lieu)				

**2. Contexte de la demande**

Si un traitement prioritaire est requis, inscrire le numéro du critère correspondant (référence au formulaire <i>Demande de traitement prioritaire</i> ) : <input type="text"/>	Date de la première visite par l'ergothérapeute	Année	Mois	Jour
	Date de la visite conjointe avec l'inspecteur(-trice) accrédité(e) de la SHQ	Année	Mois	Jour

**Description du milieu de vie**

Autre(s) personne(s) vivant au domicile à adapter, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Colocataire	Autre :
Pièces essentielles admissibles* au PAD réparties sur les niveaux suivants : *chambre de la personne handicapée, salle de bain, cuisine, salle à manger et salon	<input type="checkbox"/> Sous-sol <input type="checkbox"/> Rez-de-chaussée <input type="checkbox"/> Étage	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Type de bâtiment	<input type="checkbox"/> Unifamilial (spécifier) : <input type="radio"/> Isolé <input type="radio"/> Jumelé <input type="radio"/> En rangée <input type="checkbox"/> Multilogement (nombre de logements) : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Type de ressource, s'il y a lieu	<input type="checkbox"/> Ressource de type familial (RTF) <input type="checkbox"/> Résidence privée pour aînés (RPA) <input type="checkbox"/> AccèsLogis Québec (ACL)	

**Situation actuelle de la personne admissible**Condition :  Stable  Évolutive/dégénérative

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Particularités : \_\_\_\_\_

**Déplacements**

Inscrire la lettre ou le numéro correspondant à l'aide à la mobilité utilisée par la personne.

	Autonome	Aide humaine	Commentaires
À l'intérieur			
À l'extérieur			
Prévisible/à venir			

Marche : **A.** Sans appui **B.** Avec appui : **B.** Architectural **C.** Canne ou quadripode **D.** Béquilles **E.** Marchette/déambulateur**F.** Autre : \_\_\_\_\_**1.** Fauteuil roulant manuel\* **2.** Fauteuil roulant motorisé\* **3.** Triporteur ou quadriporteur\* **4.** Poussette ou base roulante\*

\* Remplir et joindre l'annexe des dimensions pour cet élément.

**Équipements déjà en place**

<input type="checkbox"/> Appareil élévateur	<input type="checkbox"/> Rampe d'accès	<input type="checkbox"/> Ouvre-porte électrique	<input type="checkbox"/> Lève-personne sur roues ou sur rail
<input type="checkbox"/> Gâche électrique	<input type="checkbox"/> Interphone	<input type="checkbox"/> Contrôle de l'environnement	<input type="checkbox"/> Ouvre-barrière

**Précisions ou besoins spéciaux**

**Attentes ou objectifs de la personne admissible ou des autres occupants du domicile**

**Autres travaux de rénovation envisagés par le ou la propriétaire, s'il y a lieu**

**Autres sources de financement envisagées, s'il y a lieu**

### 3. Description des barrières architecturales et recommandations

Dans cette section, il faut documenter l'ensemble des besoins identifiés par l'ergothérapeute et ne pas se limiter aux besoins nommés par les clients. Il faut également proposer une solution d'adaptation pour chacun des besoins identifiés. Le cas échéant, spécifier les travaux refusés ou ceux qui seront réalisés aux frais du ou de la propriétaire.

#### Division 1 — Les aires et les accès extérieurs

##### a) Les aires

Aucun besoin ciblé

###### Éléments demandant une intervention :

- Stationnement       Balcon (seuil, porte)       Clôture      Aire d'embarquement :  côté passager  
 Trottoir       Main courante       côté conducteur

##### b) Les accès extérieurs

Aucun besoin ciblé

###### Éléments demandant une intervention :

- Escalier       Appareil élévateur\*       Interphone       Ouvre-porte électrique  
 Main courante       Palier attenant à la porte d'accès       Gâche électrique       Ouvre-barrière  
 Garde-corps       Rampe d'accès\*       Ouvre-porte de garage       Mécanismes de sécurisation (serrures spécialisées)  
 Porte d'accès (type, largeur libre, seuil, quincaillerie)

\* S'il y a lieu, remplir et joindre l'annexe des recommandations pour cet élément.

##### Analyse et problèmes

##### Objectifs et recommandations

**Division 2 — La circulation à l'intérieur d'un immeuble à logements multiples**

**Les aires communes**

Aucun besoin ciblé

- Stationnement intérieur
- Porte coupe-feu (ouvre-porte électrique, déclenchement par électro-aimant)
- Corridor : main courante
- Communication et contrôle de l'accès à distance

**Analyse et problèmes**

**Objectifs et recommandations**

--	--





**Division 5 — La salle de bain****Salle de bain principale** Aucun besoin ciblé**Éléments demandant une intervention :** Toilette :  Surélévation  Barre d'appui Bain :  Surélévation  Robinetterie  Douche-téléphone sur tige  
 Barres d'appui  Bain standard  Tringle de rideau de douche escamotable Douche :  Sans seuil  Léger seuil  Robinetterie Rangement  Table à langer  Ventilation Meuble-lavabo et lavabo :  Robinetterie  Miroir

Lavabo			
Surface	Dégagement		
Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur

**Analyse et problèmes****Objectifs et recommandations**

**Éléments demandant une intervention :**

<input type="checkbox"/> Agrandissement du bâtiment	<input type="checkbox"/> Éclairage additionnel ou particulier (à valider avec la SHQ)
<input type="checkbox"/> Fenêtre(s) (pièce, type)	<input type="checkbox"/> Modification du poste d'interphone

---

Modification de la hauteur ou ajout d'interrupteurs ou de prises électriques :

<input type="checkbox"/> Ajout d'un coupe-circuit dans une pièce	<input type="checkbox"/> Accès aux thermostats
<input type="checkbox"/> Ajout de valves de contrôle d'arrivée d'eau	<input type="checkbox"/> Accès laveuse et sècheuse

Analyse et problèmes	Objectifs et recommandations

**Annexes jointes**

<input type="checkbox"/> Modifications aux recommandations finales	<input type="checkbox"/> Recommandations pour une rampe d'accès
<input type="checkbox"/> Dimensions du fauteuil roulant et des aires de manœuvre	<input type="checkbox"/> Recommandations pour un appareil élévateur
<input type="checkbox"/> Dimensions du triporteur ou quadriporteur et des aires de manœuvre	<input type="checkbox"/> Recommandations pour un lève-personne sur rail

**Renseignements sur l'ergothérapeute responsable des recommandations**

Nom (en lettres moulées)		Prénom (en lettres moulées)		Numéro de permis	
Nom du lieu de travail					
Adresse			Municipalité		Code postal
Ind. rég.	Numéro de téléphone		Poste	Courriel	
Signature				Année	Mois
				Jour	

RapportRecom (2024-01)