

## Recommandations d'adaptation de domicile

Numéro de dossier

P-

Autre :

Version préliminaire

Version finale

1. Renseignements sur la personne admissible				
Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
Adresse				
Municipalité	Code postal	Ind. rég.	Numéro de téléphone	
Personne-ressource (s'il y a lieu) : _____				

2. Contexte de la demande				
Motifs du traitement prioritaire de la demande, s'il y a lieu (joindre le formulaire <i>Demande de traitement prioritaire</i> )	Date de la première visite par l'ergothérapeute		Année	Mois
Frais de déménagement reconnus, s'il y a lieu (adresse antérieure, numéro PAD, justification)				

Description du milieu de vie				
Autre(s) personne(s) vivant au domicile à adapter, s'il y a lieu	Conjoint(e)	Colocataire	Mère	Père
	Enfant(s) – nombre : _____ âge(s) : _____			
	Autre : _____			
Niveaux à adapter selon l'emplacement des pièces essentielles	Sous-sol	Rez-de-chaussée	Étage	Autre : _____
Type de bâtiment	Unifamilial (spécifiez) : Isolé Jumelé En rangée			
	Multilogements (nombre d'unités) : _____			
	Autre : _____			

Situation actuelle de la personne admissible				
Condition :	Stable	Évolutive		
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			

Marche : **A.** Sans appui / 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\*  
\* S'il y a lieu, remplir et joindre l'annexe des dimensions pour cet élément.

Équipements déjà en place			
Appareil élévateur	Rampe d'accès	Ouvre-porte électrique	Lève-personne sur roues ou sur rail
Gâche électrique	Interphone	Contrôle de l'environnement	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 propriétaire, s’il y a lieu**

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

**3. Description des barrières architecturales et recommandations**

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

<b>a) Les aires</b>				<b>Aucun besoin ciblé</b>	
<b>Éléments demandant une intervention :</b>					
Stationnement	Trottoir	Balcon (seuil, porte)	Main courante	Clôture	
Aire d'embarquement :		côté passager	côté conducteur		
<b>b) Les accès extérieurs</b>				<b>Aucun besoin ciblé</b>	
<b>Éléments demandant une intervention :</b>					
Escalier	Appareil élévateur*	Interphone	Portes secondaires		
Main courante	Palier attenant à la porte d'accès	Gâche électrique	Ouvre-porte électrique		
Garde-corps	Rampe d'accès*	Ouvre-porte de garage	Ouvre-barrière		
Porte d'accès (type, largeur libre, seuil, quincaillerie)			Mécanismes de sécurisation (serrure spécialisées)		

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

**Dans les recommandations, spécifiez les travaux refusés ou ceux ayant été réalisés aux frais du propriétaire.**

Analyse et problèmes	Objectifs et recommandations
----------------------	------------------------------

<b>Division 2 — La circulation à l'intérieur d'un immeuble à logements multiples</b>	
<b>Aires communes</b>	<b>Aucun besoin ciblé</b>
<b>Éléments demandant une intervention :</b>	
Stationnement intérieur	Porte coupe-feu (ouvre-porte électrique, déclenchement par électro-aimant)
Corridor : main courante	Communication et contrôle de l'accès à distance
<b>Dans les recommandations, spécifiez les travaux refusés ou ceux ayant été réalisés aux frais du propriétaire</b>	
Analyse et problèmes	Objectifs et recommandations
Ajout ou Modification (Remplir et joindre l'annexe <i>Modifications aux recommandations</i> )	

<b>Division 3 — La circulation à l'intérieur d'un domicile</b>	
<b>Circulation <u>horizontale</u> à l'intérieur du domicile</b>	<b>Aucun besoin ciblé</b>
<b>Éléments demandant une intervention :</b> Porte (largeur libre, seuil, quincaillerie)      Penderie      Lève-personne sur rail* Plaques de protection      Revêtement de plancher      Dimensions des pièces Mécanismes de sécurisation des aires (barrières, serrures spécialisées)	
* S'il y a lieu, remplir et joindre l'annexe des recommandations pour cet élément.	
<b>Pièces à adapter :</b> Cuisine      Salon      Salle à manger      Vestibule      Corridor Chambre à coucher de la personne handicapée      Autre chambre à coucher Salle de bain principale      Autre salle de bain ou salle d'eau, si admissible	
<b>Circulation <u>verticale</u> à l'intérieur du domicile</b>	<b>Aucun besoin ciblé</b>
<b>Éléments demandant une intervention :</b> Escalier      Garde-corps      Main courante Appareil élévateur* :      Fauteuil élévateur d'escalier      Plate-forme verticale à gaine fermée Plate-forme d'escalier à trajectoire oblique      Plate-forme verticale à gaine non fermée	
* S'il y a lieu, remplir et joindre l'annexe des dimensions pour cet élément.	
<b>Niveaux à adapter :</b> Sous-sol      Rez-de-chaussée      Étage      Autre : _____	
<b>Dans les recommandations, spécifiez les travaux refusés ou ceux ayant été réalisés aux frais du propriétaire</b>	
Analyse et problèmes	Objectifs et recommandations
Ajout ou      Modification (Remplir et joindre l'annexe <i>Modifications aux recommandations</i> )	

Éléments demandant une intervention :

Évier  
 Robinetterie  
 Coin micro-ondes  
 Plan de travail  
 Plaque chauffante  
 Boutons de contrôle de la hotte  
 Four encastré  
 Garde-manger  
 Armoire de rangement : Inférieure : coup de pied : \_\_\_\_\_ po (hauteur) x \_\_\_\_\_ po (profondeur)  
 Supérieure

Évier				Plan de travail				Plaque chauffante			
Surface	Dégagement			Surface	Dégagement			Surface	Dégagement		
Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur	Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur	Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur

Dans les recommandations, spécifiez les travaux refusés ou ceux ayant été réalisés aux frais du propriétaire

Analyse et problèmes

Objectifs et recommandations

**Division 5 — La salle de bain**

**5a) Salle de bain principale**

**Aucun besoin ciblé**

**5b) Autre salle de bain ou salle d'eau, si admissible**

**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 Standard Robinetterie  
 Rangement Table à langer Ventilation  
 Meuble-lavabo et lavabo : Robinetterie Miroir

Lavabo			
Surface	Dégagement		
Hauteur	Hauteur	Largeur	Profondeur

**Dans les recommandations, spécifiez les travaux refusés ou ceux ayant été réalisés aux frais du propriétaire**

Analyse et problèmes

Objectifs et recommandations

Ajout ou Modification (Remplir et joindre l'annexe *Modifications aux recommandations*)

<b>Division 6 — Les autres travaux d'architecture et d'agrandissement</b>	<b>Aucun besoin ciblé</b>	
<b>Division 7 — La plomberie, l'électricité et les autres travaux de mécanique</b>	<b>Aucun besoin ciblé</b>	
<b>Éléments demandant une intervention :</b>		
Agrandissement du bâtiment	Fenêtre(s) (pièce, type)	Modification du poste d'interphone
Prise(s) spéciale(s)	Éclairage additionnel ou particulier ( <i>à valider avec la SHQ</i> )	
Modification de la hauteur ou ajout		
d'interrupteurs ou de prises électriques :	Ajout d'un coupe-circuit dans une pièce	Accès aux thermostats
	Ajout de valves de contrôle d'arrivée d'eau	Accès laveuse et sècheuse
<b>Dans les recommandations, spécifiez les travaux refusés ou ceux ayant été réalisés aux frais du propriétaire</b>		
Analyse et problèmes	Objectifs et recommandations	
Ajout ou Modification (remplir l'annexe <i>Modifications aux recommandations</i> )		

<b>*Annexes jointes</b>	
Modifications aux recommandations	Recommandations pour une rampe d'accès
Dimensions – Personne en fauteuil roulant	Recommandations pour un appareil élévateur
Dimensions – Personne en triporteur ou quadriporteur	Recommandations pour un lève-personne sur rail

<b>Renseignements sur l'ergothérapeute (ou autre professionnel(le) de la santé) responsable des recommandations</b>									
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	Ind. rég.	Numéro de télécopieur		Courriel		
	-				-				
Signature							Année	Mois	Jour

SHQ-091-06(2019-10)