



N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

Questionnaire médical : affections neurologiques

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :

1. _____

Ce diagnostic est-il : confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

2. _____

Ce diagnostic est-il : confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

3. _____

Ce diagnostic est-il : confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

Ne remplir que les sections pertinentes.

Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.

Lésions? Oui Non **Précisez (en indiquant les dates)**

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

Fonction cognitive : **Normal**, passez à la section suivante.

Fonction cognitive :

En cas de déficience cognitive, veuillez commenter les aspects suivants : mémoire, jugement, efficacité fonctionnelle et orientation dans les trois sphères (personne, lieu et temps).

*** Si un test ou une évaluation psychométrique a été effectué(e), veuillez joindre le rapport.**

Émotions et comportement :

En cas de déficience émotionnelle et/ou comportementale, veuillez commenter les aspects suivants : symptômes d'anxiété/de dépression, résistance face aux soins prodigués, méfiance, errance (fréquence), idées délirantes et tout autre comportement social ou sexuel inapproprié.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Soins personnels :

En cas de déficience liée aux soins personnels, veuillez commenter les aspects suivants : besoin d'encouragement/d'aide pour effectuer des tâches comme faire sa toilette et s'habiller, ou pour l'évacuation et la propreté, en précisant le niveau de supervision requis et le degré de perte de contrôle de la vessie ou des intestins.

Langage et expression : **Normal, passez** à la section suivante.

Langage :

En cas de déficience du langage ou de l'expression, veuillez commenter les aspects suivants : capacité de soutenir la parole, continuité et contenu, intelligibilité, intensité et audibilité.

Conversation :

Veuillez commenter la capacité du client à s'entretenir avec quelqu'un (engager ou maintenir une conversation), la difficulté à trouver le mot juste et à exprimer des idées complexes.

Capacité d'écrire :

Le client présente-t-il une dysgraphie? Oui Non

Dans l'affirmative, cochez l'énoncé qui décrit le mieux sa capacité d'écrire et de suivre les règles de grammaire/d'orthographe :

- N'est capable d'écrire que des phrases courtes, comportant beaucoup de fautes d'orthographe.
- N'est capable d'écrire que certains mots usuels.
- Aucune compétence de rédaction sur le plan fonctionnel, si ce n'est d'écrire des phrases ou des mots souvent pratiqués, tel son nom.

Compréhension : **Normal, passez** à la question suivante.

En cas de déficience au niveau de la compréhension, cochez les énoncés, s'il y en a, qui décrivent les capacités du client de comprendre le langage et l'écriture :

- Comprend les films, les émissions de radio et les discussions de groupe avec une certaine difficulté.
- Est incapable de suivre lorsque les sujets changent rapidement ou sont trop complexes.
- Comprend et suit une conversation simple lorsque certains éléments sont répétés.
- Le client présente-t-il une alexie (défaut de compréhension de l'écriture)? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser:
- Comprend les phrases simples prononcées lentement, mais après de fréquentes répétitions.
- Est incapable de comprendre des instructions simples.

Nerfs crâniens : **Normal, passez** à la section suivante.

Veuillez préciser le ou les nerfs crâniens atteints.

Pour chaque nerf touché, précisez si l'atteinte est unilatérale ou bilatérale, en indiquant le côté. Pour chaque déficience neurologique, notamment la perte visuelle et la perte auditive, veuillez remplir le questionnaire approprié. Veuillez indiquer les observations physiques se rapportant à la déficience, notamment les déficits sensoriels ou moteurs. En cas de trauma, veuillez préciser le siège anatomique de la lésion.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Nerfs périphériques : **Normal**, passez à la section suivante.

Veillez préciser le ou les nerfs périphériques atteints.

Pour chaque nerf touché, précisez si l'atteinte est unilatérale ou bilatérale, en indiquant le côté. Veillez indiquer les observations physiques se rapportant à la déficience, notamment les déficits sensoriels ou moteurs. En cas de trauma, veuillez préciser le siège anatomique de la lésion.

Fonctionnement du membre supérieur :

Veillez remplir cette section **si** le client est atteint d'une affection neurologique qui a un effet sur le fonctionnement du membre supérieur.

L'affection visée empêche-t-elle le client de se servir efficacement du membre supérieur pour manger, s'habiller et écrire, et pour d'autres tâches de la vie quotidienne? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Aides :

Le client a-t-il besoin d'aides pour accomplir des activités de la vie quotidienne en raison de l'affection? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Dextérité/coordination :

L'affection du membre supérieur réduit-elle la dextérité/coordination du client? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer quels sont les changements observés chez le client au chapitre de la dextérité et de la coordination (cochez toutes les cases qui s'appliquent).

- Altération de l'écriture
 Difficulté à manipuler de petits objets ou des articles délicats (p. ex. attacher des lacets ou régler une montre)
 Difficulté à manipuler de plus gros objets (p. ex. tourner des poignées de porte)
 Autre, veuillez préciser :

Force de préhension :

L'affection du membre supérieur réduit-elle la force de préhension du client? Oui Non

Dans l'affirmative, quels objets le client a-t-il de la difficulté à prendre?

Douleur et fatigue :

L'affection occasionne-t-elle de la douleur ou une fatigue excessive lorsque le client se sert du membre supérieur? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser à quel moment la douleur ou la fatigue survient :

dans les 10 minutes après une heure vers la fin de la journée autre _____

Douleur irréductible :

Le client souffre-t-il d'une douleur irréductible? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la douleur et préciser les modalités de traitement utilisées :

Paresthésies :

L'affection a-t-elle entraîné des paresthésies dans les membres supérieurs? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer de quel membre il s'agit : droit gauche les deux

Veillez préciser :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Fonctionnement du membre inférieur :

Veillez remplir cette section si le client est atteint d'une affection neurologique qui a un effet sur le fonctionnement du membre inférieur.

L'affection visée empêche-t-elle le client de se servir efficacement du membre inférieur pour marcher, se tenir debout, etc.? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Marche/mobilité :

L'affection du membre inférieur empêche-t-elle le client de marcher de façon normale pour son âge sur différents types de surface et à différentes cadences? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Est-ce que l'une des jambes du client ou les deux fléchissent fréquemment, entraînant des chutes? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser dans quelle mesure :

Escaliers/rampes :

Cochez l'énoncé qui décrit le mieux la capacité du client de se déplacer dans des escaliers ou sur des rampes :

Peut le faire seul A besoin d'une barre d'appui A besoin d'une assistance personnelle En est incapable

Distance :

Quelle distance maximale le client peut-il parcourir avant de s'arrêter en raison de l'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension?

100 m ou moins 250 m ou moins 500 m ou moins plus de 500 m

Quel est le facteur de limitation? Veuillez préciser :

Le client peut-il poursuivre sa marche après un repos? Oui Non

Aides/assistance :

Le client a-t-il besoin d'une aide à la marche en raison de l'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension? Oui Non

Le client a-t-il besoin d'une assistance personnelle en raison de l'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension? Oui Non

Dans l'affirmative, a) Identifiez le type d'aide(s) à la marche dont le client a besoin (attelle, canne, marchette, etc.). _____

b) Dans quelles conditions le client a besoin d'une aide à la marche/assistance personnelle? _____

c) À quelle fréquence le client a besoin d'une aide à la marche/assistance personnelle? _____

Le client doit-il utiliser un fauteuil roulant? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser en indiquant dans quelles circonstances :

Douleur irréductible :

Le client souffre-t-il d'une douleur irréductible? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la douleur et préciser les modalités de traitement utilisées :

Paresthésies :

L'affection a-t-elle entraîné des paresthésies dans les membres inférieurs? Oui Non

Dans l'affirmative veuillez indiquer de quel membre il s'agit : Droit Gauche Les deux

Veillez préciser :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Crises épileptiques : **Normal, passez** à l'autre section.

Antécédents de crises épileptiques :
Aux fins des pensions d'ACC,

◀ Crise épileptique importante : mouvements toni-cloniques généralisés et perte de conscience.

◀ Crise épileptique mineure : brève perte de conscience ou du contrôle conscient, associée à la fixité du regard, au clignement rythmique des paupières, au balancement de la tête ou à des secousses brusques des membres et/ou de la tête, ou à une perte soudaine du contrôle postural.

Le client a-t-il eu des crises épileptiques au cours des 5 dernières années? Oui Non

Dans l'affirmative, combien de crises importantes a-t-il eu en moyenne au cours des 12 derniers mois? _____

Combien de crises mineures a-t-il eu en moyenne au cours des 12 derniers mois? _____

Combien de crises mineures a-t-il eu en moyenne par semaine au cours des 12 derniers mois? _____

Médicaments anticonvulsivants :

Le client doit-il prendre un médicament anticonvulsivant? Oui Non

Supervision :

Le client nécessite-t-il une supervision en raison de ses crises épileptiques? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez sélectionner :

par intermittence, uniquement pour certaines activités? Veuillez les énumérer : _____

de façon constante?

Le client a-t-il besoin de matériel de protection pour sa sécurité? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Narcolepsie et cataplexie : **Normal, passez** à l'autre section.

Le client a-t-il des accès brusques de narcolepsie? Oui Non

Doit-il prendre des médicaments contre la narcolepsie? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser si les médicaments sont requis : de façon intermittente de façon constante

Le client a-t-il des accès brusques de cataplexie? Oui Non

Doit-il prendre des médicaments contre la cataplexie? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser si les médicaments sont requis : de façon intermittente de façon constante

Les brusques accès de narcolepsie ou de cataplexie présentent-ils un danger pour le client ou pour autrui, en dépit de la prise de médicaments? Oui Non

Veuillez préciser :

Maux de têtes : **Normal, passez** à la section suivante.

Fréquence des maux de tête :

Combien de jours durant l'année le client éprouve-t-il des maux de tête?

moins de 30 jours par année

de 30 à 100 jours par année

plus de 100 jours par année

Les maux de tête se manifestent-ils toutes les semaines? Oui Non

Dans l'affirmative, sont-ils constants et durent-ils au moins deux journées consécutives toutes les semaines? Oui Non

Le client doit-il s'aliter? Oui Non

Dans l'affirmative, à quelle fréquence?

occasionnellement

la plupart du temps

tout le temps

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Autres déficiences – Affections neurologiques diverses : **Normal, passez** à la section suivante.

Cochez l'énoncé qui décrit le mieux la déficience neurologique dont souffre le client :

- récurrence d'accident ischémique transitoire
 anévrisme artériel cérébral sans réfection chirurgicale
 tics de la face (p. ex. spasmes hémifaciaux)

Le client est-il atteint de névralgie faciale (tic douloureux de la face)? Oui Non

Dans l'affirmative, à quelle fréquence :

- occasionnellement presque tous les jours

Douleur irréductible :

Le client souffre-t-il d'une douleur irréductible? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la douleur et préciser les modalités de traitement utilisées :

Le client souffre-t-il de dysphagie découlant d'une affection neurologique? Oui Non

Dans l'affirmative, cochez l'énoncé qui décrit le mieux l'état du client :

- Nécessité d'éviter certains aliments.
 Étouffements fréquents à la consommation d'aliments liquides ou mi-solides.
 Régurgitations nasales et aspirations fréquentes.
 Incapacité d'avaler les sécrétions buccales sans s'étouffer et nécessité d'obtenir de l'aide pour les aspirer.

VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX).

TRAITEMENT : Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie (p. ex. physiothérapie).

COMPLICATIONS :

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :	
EXAMEN PHYSIQUE : (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension)			
Taille _____	Poids _____	Tension artérielle _____	Pouls _____ Respiration _____
ASPECT GÉNÉRAL :			
<p>Manualité : <input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Les deux</p> <p>OBSERVATIONS : Décrire toute observation pertinente.</p>			
SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.			
<p>AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient). Le cas échéant, veuillez indiquer l'affection ou les affections ayant des effets sur la déficience et préciser dans quelle mesure :</p>			
Signature du médecin :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de téléphone : ()	Date du jour :



**Questionnaire médical sur les
activités de la vie quotidienne (AVQ)**

N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

SI APPLICABLE À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION

Activités de la vie quotidienne :

Veillez décrire l'effet des affections ouvrant droit à pension sur les activités de la vie quotidienne.

Choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau de fonctionnement actuel du client pour chacune des activités suivantes :

Activité	Autonome	Autonome (avec aides)	A besoin de rappels, d'incitations, de surveillance	A besoin de beaucoup d'assistance	Totalement dépendant d'autrui
Manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre son bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire sa toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller à la toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se transférer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez préciser (énumérez les aides requises, précisez si la personne peut s'asseoir/se tenir debout sans aide pour exécuter la tâche, s'il y a des risques, si la personne est alitée, etc.) :

Continence/incontinence :

Choisir l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle du client relativement au contrôle de la vessie et des intestins :

	Continence (aucune assistance requise)	Rares accidents la nuit (au plus une fois par semaine)	Des accidents le jour (plus d'une fois par semaine)	Des accidents le jour (besoin de serviettes pour incontinence)	Des accidents le jour (a besoin d'assistance)	Incontinence totale
Vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intestins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaire : veuillez indiquer le nombre de serviettes pour incontinence utilisées par jour, s'il y a lieu.

Capacités locomotrices : veuillez indiquer si le client a de la difficulté à marcher, la distance de marche et la liste des aides requises.

Douleur chronique : veuillez indiquer l'intensité de la douleur, la fréquence, les symptômes et la réaction du client au traitement.

Commentaires : prenez soin d'indiquer les autres affections en cause.

Signature du médecin :	Date du jour :
------------------------	----------------

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Commentaires supplémentaires :

Signature du médecin :	Date du jour :
------------------------	----------------