

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

Questionnaire médical : Affections locomotrices des membres supérieurs et du thorax

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 faisant l'objet de la demande/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 remplissez 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 ».

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)

Fonction du membre supérieur :

*Veuillez remplir cette section **uniquement si** le client est atteint d'une affection qui a un effet sur la fonction du membre supérieur entier (p. ex. lésion ou maladie de la moelle épinière qui affecte le fonctionnement de l'un des membres supérieurs ou des deux, syndromes algodystrophiques (types 1 et 2) (membres supérieurs), syndromes de loge (membres supérieurs), syndrome de la traversée thoracobrachiale (membres supérieurs), affections neurologiques périphériques (membres supérieurs)).*

L'affection du membre supérieur a-t-elle un effet sur la capacité du client de se servir 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 :

Dextérité/coordination :

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

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

- Changement de l'écriture
- Difficulté à manipuler des objets de petite taille (p. ex. attacher ses lacets, régler une montre)
- Difficulté à manipuler des objets de plus grande taille (p. ex. tourner une poignée 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, veuillez indiquer les objets que le client a de la difficulté à prendre :

Douleur et fatigue :

L'affection du client cause-t-elle une fatigue ou une douleur excessive au niveau des membres supérieurs? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment cette douleur ou cette fatigue excessive se manifeste :

- après 10 minutes ou moins
- après 1 heure ou moins
- vers la fin de la journée
- autre _____

Y a-t-il présence de paresthésie ou d'engourdissement? Oui Non

Si oui, préciser :

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

AFFECTIONS DE L'ÉPAULE :

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

Le client a-t-il subi une blessure ou des blessures à l'épaule? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser 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).

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 :

État de la fracture : (s'il y a lieu)

Veuillez indiquer le type de fractures et leur emplacement :

- 1.
- 2.
- 3.

La ou les fractures susmentionnées sont-elles bien consolidées?

1. Oui Non
2. Oui Non
3. Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser en indiquant l'absence de formation du cal, ainsi que la présence de cals vicieux, de déviations et de désinsertions :

Ostéomyélite : (s'il y a lieu)

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

Dans l'affirmative, veuillez faire des commentaires au sujet du foyer, de l'activité, des dates et de l'évolution :

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DE L'EXAMEN PHYSIQUE AUX PAGES 8 ET 9

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

AFFECTIONS DU COUDE :

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

Le client a-t-il subi une blessure ou des blessures au coude? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser 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).

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 :

État de la fracture : (s'il y a lieu)

Veuillez indiquer le type de fractures et leur emplacement :

- 1.
- 2.
- 3.

La ou les fractures susmentionnées sont-elles bien consolidées?

1. Oui Non
2. Oui Non
3. Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser en indiquant l'absence de formation du cal, ainsi que la présence de cals vicieux, de déviations et de désinsertions :

Ostéomyélite : (s'il y a lieu)

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

Dans l'affirmative, veuillez faire des commentaires au sujet du foyer, de l'activité, des dates et de l'évolution :

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DE L'EXAMEN PHYSIQUE AUX PAGES 8 ET 9

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

AFFECTIONS DU POIGNET :

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

Le client a-t-il subi une blessure ou des blessures au poignet? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser 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).

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 :

État de la fracture : (s'il y a lieu)

Veuillez indiquer le type de fractures et leur emplacement :

- 1.
- 2.
- 3.

La ou les fractures susmentionnées sont-elles bien consolidées?

1. Oui Non
2. Oui Non
3. Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser en indiquant l'absence de formation du cal, ainsi que la présence de cals vicieux, de déviations et de désinsertions :

Ostéomyélite : (s'il y a lieu)

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

Dans l'affirmative, veuillez faire des commentaires au sujet du foyer, de l'activité, des dates et de l'évolution :

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DE L'EXAMEN PHYSIQUE AUX PAGES 8 ET 9

Family name:	Given name:	File No:
--------------	-------------	----------

AFFECTIONS DU POUCE/DES DOIGTS :

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

Le client a-t-il subi une blessure ou des blessures au pouce ou aux doigts? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser 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).

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 :

État de la fracture : (s'il y a lieu)

Veuillez indiquer le type de fractures et leur emplacement :

- 1.
- 2.
- 3.

La ou les fractures susmentionnées sont-elles bien consolidées?

1. Oui Non
2. Oui Non
3. Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser en indiquant l'absence de formation du cal, ainsi que la présence de cals vicieux, de déviations et de désinsertions :

Ostéomyélite : (s'il y a lieu)

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

Dans l'affirmative, veuillez faire des commentaires au sujet du foyer, de l'activité, des dates et de l'évolution :

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DE L'EXAMEN PHYSIQUE AUX PAGES 8 ET 9

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

AMPUTATIONS :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants pertinents en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement. Veuillez indiquer l'emplacement de l'amputation ou des amputations en étant le plus précis possible (p. ex. amputation en amont de l'insertion du tendon du biceps) et préciser la longueur du moignon en centimètres.

Le client a-t-il subi une autre blessure ou d'autres blessures pertinentes? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser 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).

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). Veuillez indiquer si le client utilise une prothèse et, le cas échéant, veuillez préciser de quel type il s'agit.

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 :

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DE L'EXAMEN PHYSIQUE AUX PAGES 8 ET 9

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

AFFECTIONS THORACIQUES :

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

Le client a-t-il subi une blessure ou des blessures au thorax? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez préciser 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).

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 :

État de la fracture : (s'il y a lieu)

Veuillez indiquer le type de fractures et leur emplacement :

- 1.
- 2.
- 3.

La ou les fractures susmentionnées sont-elles bien consolidées?

1. Oui Non
2. Oui Non
3. Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser en indiquant l'absence de formation du cal, ainsi que la présence de cals vicieux, de déviations et de désinsertions :

Ostéomyélite : (s'il y a lieu)

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

Dans l'affirmative, veuillez faire des commentaires au sujet du foyer, de l'activité, des dates et de l'évolution :

VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION DE L'EXAMEN PHYSIQUE AUX PAGES 8 ET 9

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 :

Veillez fournir les renseignements suivants (s'il y a lieu) pour chaque affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension.

Manualité : Main droite Main gauche Les deux mains

Amplitude des mouvements (ADM) ACTIFS : (N = Normal)

<u>Épaule</u>	Droite	Gauche	Décrivez toute douleur associée au mouvement :
Flexion (élévation antérieure) (N=170°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Extension (élévation postérieure) (N = 30°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Abduction (N = 180°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Adduction (N = 45°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Rotation latérale (N = 90°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Rotation médiale (N = 90°)	_____ degrés	_____ degrés	_____

Coude et avant-bras

Flexion (N = 140°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Extension (N = 0°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Supination (N = 80°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Pronation (N = 80°)	_____ degrés	_____ degrés	_____

Poignet

Flexion (flexion palmaire) (N = 70°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Extension (dorsiflexion) (N = 60°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Inclinaison cubitale (N=30°)	_____ degrés	_____ degrés	_____
Inclinaison radiale (N=20°)	_____ degrés	_____ degrés	_____

Pouce/doigts

Décrivez toute perte d'amplitude des mouvements (ADM) du pouce et des doigts. Veuillez préciser les articulations affectées et l'ADM actifs mesurée en degrés pour tous les plans de mouvement.

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

Articulations ankylosées ou ballantes :

Veillez préciser si les articulations sont ankylosées ou ballantes :

- a) Articulation affectée : _____ ankylosée _____ position en degrés ballante
- b) Articulation affectée : _____ ankylosée _____ position en degrés ballante
- c) Articulation affectée : _____ ankylosée _____ position en degrés ballante

AUTRES OBSERVATIONS : Décrire toute observation pertinente.

SI LES AVQ SONT AFFECTÉES CONTINUUELLEMENT, MALGRÉ UN TRAITEMENT OPTIMAL, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION SUR LES AVQ.

AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du client)

Si d'autres affections contribuent à la déficience du client, veuillez les décrire en indiquant dans quelle mesure :

Signature du médecin :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de tél. : ()	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 :

