



Sommaire de besoins spéciaux d'un élève

ÉLÈVE :

DATE :

ÉCOLE :

MEMBRES DE L'ÉQUIPE : _____

L'élève a-t-il besoin d'aide dans les situations suivantes ?

	OUI	NON
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médication ou procédures médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expliquer : _____

Évaluer les besoins de soulèvement et de déplacement

L'élève peut-il soutenir un poids?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, évaluer pour le déplacement. Si non, évaluer pour le soulèvement
Déplacement	Soulèvement	Équipement
L'élève peut-il s'aider physiquement?	Quel est le poids de l'élève? _____	Est-ce que l'équipement approprié (ex : planche ou disque de déplacement, équipement de levage mécanique) est disponible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'élève coopère-t-il?	L'élève ressent-il de la douleur?	Si disponible, l'équipement mécanique est-il en bon état de fonctionnement?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'élève comprend-il les consignes?	Dans quelle condition est la peau? _____	Est-ce que des courroies appropriées (la sorte et la grandeur) sont disponibles et en bon état?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour procéder au déplacement, avez-vous besoin d'être plus d'une personne?	L'élève peut-il s'asseoir?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Adapter le montant d'aide requis selon les facteurs additionnels, tel que :

- L'espace de travail disponible et l'espace de manœuvre
- Les obstructions sur le passage et l'espace de manœuvre
- L'équipement et les accessoires utilisés

Autres précautions _____

Techniques et manières de déplacement et de soulèvement

<input type="checkbox"/> Supervisées	<input type="checkbox"/> Parallèles	<input type="checkbox"/> Courroies de déplacement
<input type="checkbox"/> Assistance minimum	<input type="checkbox"/> En face et de dos	<input type="checkbox"/> Disque de déplacement
<input type="checkbox"/> Une personne debout qui pivote	<input type="checkbox"/> Côte à côte	<input type="checkbox"/> Planche de déplacement
<input type="checkbox"/> Deux personnes debout qui pivotent	<input type="checkbox"/> Équipement mécanique	<input type="checkbox"/> Courroie
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)		<input type="checkbox"/> Autre (préciser)