



Lève-toi avec moi /

Formulaire de suivi / FOLLOW-UP FORM

Soumettre à / Submit at:

www.standwithme.org/pt-zone

Stand with Me

INFORMATIONS DU PATIENT / PATIENT'S INFORMATION

Fecha de suimiento/ Date of follow-up (mm/dd/yyyy):		
Numéro du cadre de maintien/ Stander number:		
Nom du patient/ Name:		
Date de naissance/ Date of birth(mm/dd/yyyy):	Âge/ Age:	
Sexe/ Gender: M F	Taille/ Height (Cm):	Poids/ Weight (Lb):
Adresse du patient /Patient's address:		
Numero de téléphone du patient /Patients telephone:		
Courrier électronique / E-mail:		

INFORMATIONS DU THÉRAPEUTE / THERAPIST INFORMATION

Nom/ Name:	
Organisation/ Organization:	
Lieu de distribution(Pays, Ville)/ Location of distribution (Country, City):	
# Tel:	E-mail:
Environ depuis combien de temps avez-vous le cadre de maintien en position debout?/ Approx. how long have you had the stander? <input type="checkbox"/> <3 m <input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 9 m <input type="checkbox"/> 1 an/yr <input type="checkbox"/> 15 m <input type="checkbox"/> 18 m <input type="checkbox"/> 2 ans/ys <input type="checkbox"/> Autre _____	
Lieu de la visite/ Location of visit: <input type="checkbox"/> Domicile/ Home <input type="checkbox"/> Clinique/ Clinic <input type="checkbox"/> Autre: _____	
À quelle fréquence utilisez-vous le cadre de maintien en position debout?/ Times per day <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	
Durée de chaque utilisation?/ Length of time <input type="checkbox"/> 15min <input type="checkbox"/> 20min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 1 hr <input type="checkbox"/> 2+ hr	

INFORMACIÓN SOBRE VISITA DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP VISIT INFO

INFORMATIONS MÉDICALES / MEDICAL INFORMATION

(cochez tout ce qui s'applique/ mark all that apply)

À quelle fréquence le patient consult-t-il un kinésithérapeute?/ How often does the patient see a physical therapist?

- Hebdomadaire/Weekly Mensuel/ Monthly Annuel/ Yearly Jamais/ Never

Quelle est la condition/diagnostic principal(e)?/ What is the primary condition/diagnosis?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale/ Cerebral palsy | <input type="checkbox"/> Hydrocéphalie/ Hydrocephalus |
| <input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière / Spinal cord injury | <input type="checkbox"/> Inconnu/ Unknown |
| <input type="checkbox"/> Spina bifida/ Spina bifida | <input type="checkbox"/> Autre/ Other: _____ |

Quels sont les symptômes?/ What are the symptoms?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spasticité / Spasticity | <input type="checkbox"/> Athétose/ Athetosis |
| <input type="checkbox"/> Monoplégie / Monoplegia | <input type="checkbox"/> Dystonie/ Mainly dystonia |
| <input type="checkbox"/> Diplegia/ Diplegia | <input type="checkbox"/> Ataxie/ Ataxia |
| <input type="checkbox"/> Hémiplégie / Hemiplegia | <input type="checkbox"/> Hipotonie/ Hypotonia |
| <input type="checkbox"/> Quadriplégie / Quadriplegia | <input type="checkbox"/> Autre/ Other: _____ |

Sélectionnez la meilleure description dans chaque catégorie/ Select the best description in each category.

Problèmes/ Symptômes Problems/ Symptoms	1 Aucun None	2 Léger Mild	3 Modéré Moderate	4 Sévère Severe	5 Très Grave Very Severe
--	--------------------	--------------------	-------------------------	-----------------------	--------------------------------



Lève-toi avec moi /

Formulaire de suivi / FOLLOW-UP FORM

Soumettre à / Submit at:

www.standwithme.org/pt-zone

Problèmes respiratoires (pneumonia, bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de mucus/ Phlegm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de toux chronique/ Chronic Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de contrôle de la tête/ Head control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de contrôle de la colonne vertébrale/ Spine control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de contrôle des hanches/ Hip control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de contrôle des jambes/ Leg control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de constipation/ Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcères de pression/ Pressure Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lève-toi avec moi Cadres de maintien debout pédiatriques/ Pediatric Standing Frames

Contact: refugiodespernaza@yahoo.com

lamesadelreino@gmail.com

scottcmitchell2@gmail.com

Evaluación de Interacción Social Social Interaction Evaluation	1 Jamais Never	2 Rarement Rarely	3 Parfois Sometimes	4 Fréquemment Often	5 Toujours Always
Fait attention/ Pays attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient joue avec d'autres enfants / Patient plays with other kids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'autres enfants jouent avec le patient / Other kids play with the patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre/ Other :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Types de communication/ Types of Communication	1 Aucun Never	2 Rarement Rarely	3 Parfois Sometimes	4 Fréquemment Often	5 Toujours Always



Lève-toi avec moi /

Formulaire de suivi / FOLLOW-UP FORM

Soumettre à / Submit at:

www.standwithme.org/pt-zone

Discours/ Speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestes/ Gestures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sourires/ Smiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleurs/ Crying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre/ Other : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Évaluation visuelle / Visual Evaluation	Aucun None	Près Close	Loin Far	Parfois Sometimes	Normal Normal
Peuvent-ils voir? / Can they see?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivi des objets / Tracking objects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peuvent-ils fixer leurs yeux sur des objets? / Can they focus their eyes on objects?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre/ Other : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capacité à manipuler des objets / Capacity to handle objects	1 Jamais Never	2 Rarement Rarely	3 Parfois Sometimes	4 Fréquemment Often	5 Toujours Always
Peut-il manger tout seul / Can the patient feed themselves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joue avec des jouets sans aide / Can play with toys without help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre/ Other : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los Estudios/ Schooling

Fréquente-t-il l'école régulièrement? / Attends school regularly?

Oui/Yes

No

Reçoit-il de l'aide supplémentaire à l'école / Receives extra help in school

Oui/Yes

No

Bénéficie-t-il de cours particuliers à domicile / Is tutored at home

Oui/Yes

No

Commentaires/ Comments: _____

Système de classification de la fonction motrice globale/ Gross Motor Function Classification System (GMFCS): Voir la dernière page pour la description / See last page for description.

- GMFCS niveau/ level I
- GMFCS niveau/ level II
- GMFCS niveau/ level III
- GMFCS niveau/ level IV
- GMFCS niveau/ level V



Lève-toi avec moi /

Formulaire de suivi / FOLLOW-UP FORM

Soumettre à / Submit at:

www.standwithme.org/pt-zone

Système de classification des capacités manuelles/ Manual Ability Classification System (MACS)

- MACS level I - Les objets sont manipulés facilement et avec succès / Objects are handled easily and successfully.
- MACS level II - Manie la plupart des objets mais avec une qualité et/ou une vitesse réduites/ Handles most objects but with some reduced quality and/or speed.
- MACS level III - Manie les objets avec difficulté – l'enfant aura besoin d'aide pour préparer et/ou modifier les activités / Handles objects with difficulty – the child will need help to prepare and/or modify activities.
- MACS level IV - Manie une sélection limitée d'objets facilement manipulables et a toujours besoin d'aide de la part des autres / Handles a limited selection of easily managed objects and always requires some help from others.
- MACS level V- L'enfant n'est pas capable de manipuler des objets ou de réaliser même des actions simples avec ses mains/ The child is not able to handle objects or to complete even simple actions with their hands.

Informations sur le cadre de maintien en position debout / Info about the standing frame

Quels sont les composants du cadre de maintien?/ What parts does the stander have?

- Table/ Table
- Sangle thoracique/ Chest Strap
- Ceinture/ Belt
- Bloc pour les pieds/ Foot block
- Supports pour la tête/ Head supports(1-2): _____
- Supports pour les hanches / Hip supports(1-2): _____
- Supports pour les genoux/ Knee supports(1-2): _____
- Extension/ Extension

Quels éléments sont nécessaires pour améliorer le fonctionnement?/ What parts are needed to work better?

- Table/ Table
- Sangle thoracique/ Chest Strap
- Ceinture/ Belt
- Bloc pour les pieds/ Foot block
- Supports pour la tête/ Head supports(1-2): _____
- Supports pour les hanches / Hip supports(1-2): _____
- Supports pour les genoux/ Knee supports(1-2): _____
- Extension/ Extension

Activités fonctionnelles dans le cadre de maintien en position debout / Functional activities in the stander:

- Manger / Eat
- Jouer/ Play
- Dessiner/ Draw
- Thérapie occupationnelle/ Occupational therapy
- Autre/ Other: _____

Avez-vous des problèmes en utilisant le cadre de maintien en position debout?/ Do you have any problems using the stander? Oui/ Yes Non

Si oui – quels sont les problèmes ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

If yes – what are the problems? Check all that apply.

- Il est inconfortable/ It is uncomfortable
 - Il prend trop de place/ It takes up too much room
 - Il prend trop de temps à utiliser/ It takes too long to use
 - Il est trop lourd/ It is too heavy
- Mon cadre est cassé/ My stander is broken
 - Mon enfant ne rentre pas dans le dispositif/ My child does not fit in the device
 - Autre/ other: _____

Dans l'ensemble, quel est votre niveau de satisfaction avec votre cadre de maintien en position debout?/ How satisfied are you with your Stander?

Très insatisfait/Very dissatisfied Insatisfait/Dissatisfied Neutre/ Neutral Satisfait/Satisfied Très satisfait/Very satisfied

Zone de plus grande amélioration selon le parent/ Area of greatest improvement according to the parent: _____



Lève-toi avec moi /

Formulaire de suivi / **FOLLOW-UP FORM**

Soumettre à / Submit at:

www.standwithme.org/pt-zone

Autres commentaires: _____

Lève-toi avec moi *Cadres de maintien debout pédiatriques/ Pediatric Standing Frames*

Contact: [refugiodespernaza@yahoo.com

lamesadelreino@gmail.com]

scottcmitchell2@gmail.com]



Lève-toi avec moi /

Formulaire de suivi / FOLLOW-UP FORM Soumettre à / Submit at: