



"Lève-toi avec moi/

NOUVEAU FORMULAIRE DU PATIENT/ NEW PATIENT FORM

Soumettre à / Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

Stand with Me"

INFORMATIONS DU PATIENT/ PATIENT'S INFORMATION

Date de distribution/ Date of distribution (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):
Nom du parent/ Name of parent:		
Adresse du patient/ Patient's address:		
Numero de téléphone du patient/ Patients telephone:		
Courrier électronique/ E-mail:		
Autoriser l'utilisation des photos de / Authorize use of photos of my child <input type="checkbox"/> Oui/Yes <input type="checkbox"/> Non mon enfant		
Signateur du parent ou du tuteur / Signature of parent or guardian: _X_____		

INFORMATIONS DU THÉRAPEUTE / THERAPIST INFORMATION

Nom/ Name:
Organisation/ Organization:
Lieu de distribution(Pays, Ville)/ Location of distribution (Country, City):
Tel: _____ E-mail: _____

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?

- Paralysie cérébrale/ Cerebral palsy Hydrocéphalie/ Hydrocephalus
 Lésion de la moelle épinière / Spinal cord injury Inconnu/ Unknown
 Spina bifida/ Spina bifida Autre/ Other: _____

Quels sont les symptômes?/ What are the symptoms?

- Spasticité / Spasticity Athétose/ Athetosis
 Monoplégie / Monoplegia Dystonie/ Mainly dystonia
 Diplegia/ Diplegia Ataxie/ Ataxia
 Hémiplégie / Hemiplegia Hipotonie/ Hypotonia
 Quadriplégie / Quadriplegia 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
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"/>



"Lève-toi avec moi/

NOUVEAU FORMULAIRE DU PATIENT/ NEW PATIENT FORM

Soumettre à / Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

Problemas con control de la columna vertebral/ Spine control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con control des hanches/ Hip control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con control 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: [Guatemala 78309590 refugiodespernaza@yahoo.com

lamadelreino@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
Discours/ Speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestures/ 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"/>



"Lève-toi avec moi/

NOUVEAU FORMULAIRE DU PATIENT/ NEW PATIENT FORM

Soumettre à / Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

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: _____

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

Contact: refugiodespernaza@yahoo.com lamesadelreino@gmail.com
scottmitchell2@gmail.com

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

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.



"Lève-toi avec moi/

NOUVEAU FORMULAIRE DU PATIENT/ NEW PATIENT FORM

Soumettre à / Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

- 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.

Objectifs de la thérapie de maintien en position debout (6-12m)/ [Goals For Standing Therapy\(6-12 M\)](#)

1) _____

2) _____

3) _____

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

Le cadre de maintien est-il neuf ou d'occasion? / [Is the stander new or used?](#) Neuf/ [New](#)

D'occasion/ [Used](#)

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](#)

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:](#) _____

À quelle fréquence utilisez-vous le cadre de maintien en position debout?/ [Times per day](#) 1 2 3 4 5+

Durée de chaque utilisation?/ [Length of time](#) 15min 20min 30min 1 hr 2+ hr

Avez-vous des questions sur l'utilisation de votre cadre de maintien en position debout?/

[Do you have any questions about using your stander?](#)

Oui/ [Yes](#) Non

Que/ [what](#) : _____

Êtes-vous prêt à utiliser le cadre de maintien en position/ [Are you ready to use the stander?](#) Oui/ [Yes](#) Non

debout ?

Commentaires/[Comments](#): _____

Prenez une photo avec le nom, l'âge, le numéro de série, la date du jour et le lieu (pays, ville)

Take a photo with name, age, serial number, today's date and location (country, city)

Nom et signature de la personne responsable de la livraison:



"Lève-toi avec moi/

NOUVEAU FORMULAIRE DU PATIENT/ NEW PATIENT FORM

Soumettre à / Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

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

Contact: [Guatemala 78309590 refugiodespernaza@yahoo.com

lamesadelreino@gmail.com]

scottcmitchell2@gmail.com]



"Lève-toi avec moi /
NOUVEAU FORMULAIRE DU PATIENT /

Soumettre à / [Submit at:](#)