

Au sujet des traumatismes crâniens

Définition

Source: Champlain ABI Coalition

Domage au cerveau survenant après la naissance qui résulte d'un événement traumatique ou non traumatique. Le dommage n'est pas lié à une maladie congénitale ou dégénérative et peut entraîner une déficience cognitive, affective, comportementale ou physique temporaire, prolongée ou permanente. Ce genre de traumatisme s'appelle lésion cérébrale acquise. Les traumatismes subis à la suite d'un accident de la route, d'un accident vasculaire cérébral, d'un anévrisme, d'une tumeur, de l'exposition à des toxines ou d'une infection au cerveau ainsi que les AVC qui entraînent un traumatisme crânien sont les causes les plus courantes d'une lésion cérébrale acquise.

Au sujet de la réadaptation

Source: TBI Network

Après avoir subi un traumatisme crânien, on peut recevoir toutes sortes de traitements médicaux et de soins à différents stades. Si on a besoin d'être hospitalisé après avoir été victime d'un traumatisme crânien, on sera admis à un hôpital de soins actifs ou à un hôpital communautaire où les médecins s'occupent des problèmes médicaux urgents et la victime entreprend le processus de réadaptation. Certaines personnes reçoivent leur congé de l'hôpital assez rapidement, tandis que d'autres sont obligées de participer à un programme de réadaptation avant de pouvoir retourner chez elles. D'autres, encore, poursuivront la réadaptation une fois de retour à la maison. Il est important de se rappeler que la réadaptation est un processus qui est propre à chacun.

C'est dans les endroits suivants que la plupart des personnes suivent un programme de réadaptation:

En milieu hospitalier – pour les patients d'un hôpital communautaire, de soins actifs, d'enseignement ou de réadaptation.

En consultations externes (aussi appelé hôpital de jour ou soins ambulatoires) – pour les personnes qui peuvent se rendre à l'hôpital pour chaque séance de réadaptation.

À domicile ou dans la communauté – pour les personnes qui peuvent se rendre à une clinique communautaire pour recevoir des services de réadaptation. Le professionnel en réadaptation peut aussi se rendre au domicile de la personne, habituellement quand cette dernière ne peut pas se déplacer.

Pendant que la personne ayant une lésion cérébrale acquise chemine dans le processus de rétablissement, son équipe de soins de santé communique avec la navigatrice du système en matière de lésions cérébrales acquises, qui coordonne les renvois vers la Coalition en matière de lésions cérébrales acquises de Champlain. Ce groupe spécialisé est composé d'organismes publics et d'organismes sans but lucratif qui fournissent des services et des soutiens aux personnes ayant une lésion cérébrale acquise.

Si vous avez des questions au sujet des services et des ressources à la disposition des personnes de la région de Champlain qui éprouvent les effets d'une lésion cérébrale acquise, communiquez avec

Constance Coburn

Navigatrice du système

Santé à domicile Ontario

Tel: 613-745-5525 x 5963 - Sans frais: 800-538-0520

Fax: 613-745-6984 (Attn Constance Coburn)

100-4200, rue Labelle Street, Ottawa ON K1J 1J8

Courriel: Constance.Coburn@ontariohealthathome.ca

Sécurité concernant les commotions cérébrales



Une commotion cérébrale, c'est un traumatisme crânien. Une commotion cérébrale peut changer le fonctionnement normal du cerveau.

Elle peut être causée par un léger coup ou un coup brusque ou direct à la tête ou au corps qui provoque un déplacement du cerveau à l'intérieur du crâne, ce qui entraîne une modification du fonctionnement cérébral.

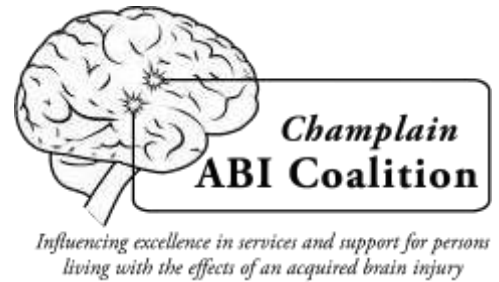
On ne peut pas voir une commotion cérébrale. Une simple petite bosse sur la tête pourrait être grave. Si une personne manifeste au moins un des signes ou symptômes d'une commotion cérébrale après avoir subi un léger coup ou un coup brusque ou direct à la tête et au corps, consultez un médecin immédiatement et décrivez-lui les symptômes et la blessure. Les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale peuvent se présenter immédiatement après le traumatisme ou peuvent ne devenir apparents que des heures, des jours et même des semaines plus tard.

Prêtez une attention particulière aux jeunes enfants. S'ils ne se comportent pas comme d'habitude, s'ils pleurent ou s'ils se mettent soudainement à avoir des problèmes à l'école, vous devriez consulter un médecin immédiatement

Signes et symptômes d'une commotion cérébrale

- Perte de connaissance temporaire ou absence de réaction
- Insensibilité à son entourage
- Perturbation de la mémoire et de la concentration
- Étourdissements ou vomissements
- Nausées ou vertige
- Se sentir étonné, hébété ou confus
- Difficulté à suivre la conversation ou les directives
- Problèmes d'équilibre ou d'orientation
- Vision double ou trouble
- Sensibilité à la lumière ou au bruit
- Mal de tête, pression dans la tête et douleur à la nuque
- Changements sur le plan des émotions ou de la personnalité
- Déprimé; irritabilité ou anxiété accrue
- Changements des habitudes du sommeil
- Insomnie
- Somnolence

La période de rétablissement varie d'une personne à une autre et peut aller d'une semaine à plusieurs mois.



Coalition des services relatifs aux lésions cérébrales acquises de Champlain

Demande de services

Vous **devez fournir** les renseignements suivants (tel qu'indiqué) pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande :

- ☐ Adresse, numéro de téléphone et courriel du ou de la patient.e
- ☐ Numéro de carte Santé du ou de la patient.e
- ☐ Diagnostic
- ☐ Date de la lésion ou de l'événement
- ☐ Raison principale de la demande de services
- ☐ Destination de la demande de services (**Seuls les services et programmes financés par les fonds publics sont mentionnés.**) †

- ☐ **IMPORTANT : Vous devez fournir les documents suivants :**
 - ⚙ Notes médicales confirmant le diagnostic de la lésion cérébrale
 - ⚙ Rapport de l'évaluation neuropsychologique (*s'il est terminé*)
 - ⚙ Notes sur la consultation psychiatrique ou les rapports sur la santé mentale (*s'ils sont terminés*)

- ☐ Le ou la patient.e a été avisé.e qu'il ou elle doit organiser un moyen de transport pour participer aux programmes et recevoir les services demandés.
- ☐ Le ou la patient.e a donné son consentement à la soumission de la présente demande.

Veuillez renvoyer la demande dûment remplie en utilisant le bordereau de transmission ci-joint à :

Santé à domicile Ontario
À l'attention de Constance Coburn
Navigatrice du système de
services aux personnes touchées par une
lésion cérébrale acquise de Champlain
4 200, rue Labelle, bureau 100
Ottawa (Ontario) K1J 1J8
613 745-5525, poste 5963



*Influencing excellence in services and support for persons
living with the effects of an acquired brain injury*

Bordereau de transmission par fax

Destinataire	Constance Coburn, navigatrice du système de services aux personnes touchées par une lésion cérébrale acquise de Champlain
Organisme	Santé à domicile Ontario
Numéro de fax	613 745-6984 OU 1 855 450-8569
Date	
Objet	Demande de services relatifs à une lésion cérébrale acquise
Expéditeur ou expéditrice	
Nombre de pages (y compris le bordereau)	

Commentaires :

Les renseignements contenus dans le présent document sont privés et confidentiels, s'adressant uniquement aux destinataires nommés. Si vous les avez reçus par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les renseignements de façon sécuritaire, jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Évitez de copier les renseignements et de les divulguer à toute autre personne.

Vous DEVEZ inclure tous les rapports de consultation et les rapports médicaux pertinents sur la lésion cérébrale. Si vous manquez à en inclure, la demande de services sera renvoyée.

Nom du ou de la patient.e : _____ ☐ Homme ☐ Femme
nom de famille prénom(s)

Numéro de carte Santé : _____ Version : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
le cas échéant jour mois année

Courriel du ou de la patient.e : _____
État civil _____

Diagnostic _____ ☐ Commotion cérébrale ou traumatisme craniocérébral léger

Date de la lésion ou de l'événement : _____ / _____ / _____
jour mois année

Est-ce que la lésion ou l'événement est lié.e au travail? ☐ Oui

Type ou nature de la lésion :

☐ traumatique, accident de voiture ou autre (précisez) _____

☐ non traumatique (précisez)

Raison principale de la demande : _____

Mesures de soutien ou services demandés :

☐ Approche ou services communautaires ☐ Groupe d'adaptation ☐ Services résidentiels

☐ Programme de jour ☐ Groupe de soutien en gestion de la colère

☐ Programme de jour ou programme à la suite d'un accident vasculaire cérébral de la ville d'Ottawa ☐ LIEN de la ville d'Ottawa

Adresse domiciliaire : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone principal : () _____

Autre numéro de téléphone : () _____

Le ou la patient.e vit :

☐ seule ☐ avec d'autres personnes (précisez)

Logement : ☐ Sans abri ☐ À risque d'être sans abri

☐ Maison ☐ Immeuble d'habitation ☐ Logement avec soutien

☐ Soins résidentiels ☐ Autre _____

Autre personne à contacter et n° de téléphone : _____

Lien avec le ou la patient.e : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux pertinents : _____

Antécédents de lésion cérébrale acquise : ☐ oui ☐ non Expliquez : _____

Traumatisme avant ou après un accident : _____

Nom du ou de la patient.e : _____ N° de carte Santé : _____ Code de version : _____

Médecin de famille : _____ Téléphone : () _____
Adresse : _____ Fax : _____
Ville : _____ Code postal : _____

Source de la demande : _____ Téléphone : () _____
Nom et poste de la personne à contacter : _____ Téléavertisseur ou courriel : _____
Organisme : _____

Le ou la patient.e est présentement : ☐ à la maison ☐ ailleurs (précisez) : _____
Si le ou la patient.e est à l'hôpital, veuillez indiquer : Date d'admission : _____ Date de congé prévue : _____

Antécédents de toxicomanie avant la lésion : ☐ Oui ☐ Non ☐ Information non disponible État à l'admission : _____
Problèmes de toxicomanie à l'heure actuelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Traitement recommandé pour la toxicomanie : ☐ Oui ☐ Non
Antécédents de problèmes psychiatriques : ☐ Oui ☐ Non
Description : _____
État psychiatrique actuel : _____

Allergies : _____

Crises d'épilepsie : ☐ Oui ☐ Non _____ Dates : _____
Description : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES ☐ NOTES DE CONSULTATION EN PIÈCE JOINTE

ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENTS, Y COMPRIS LES SERVICES ACTUELS

Programme, établissement, médecin ou thérapies	Dates (jour/mois/année)	Nom et coordonnées de la personne à contacter

TRANSPORT : (Veuillez noter qu'aucun moyen de transport n'est offert pour la plupart des programmes.) Le ou la patient.e se déplacera : ☐ de façon indépendante ☐ avec de l'aide
Transport adapté : ☐ Oui ☐ Non N° de transport adapté : _____

Langues parlées : _____ Interprète requis : ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Source :

☐ CSPAAT* ☐ RPC* ☐ Assurance-auto ☐ Programme Ontario au travail ☐ POSPH* ☐ AE* ☐ SV* ☐ ICD* ☐ ILD*
☐ Autre _____

Statut (initiation, date de soumission et approbation de la demande) : _____

Avez-vous un mandataire spécial ou un titulaire de procuration? Si oui, précisez. _____

Numéro de téléphone du mandataire spécial ou du titulaire de procuration : _____

* CSPAAT : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, RPC : Régime de pensions du Canada, POSPH : Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, AE : assurance-emploi, SV : Sécurité de la vieillesse, ICD : invalidité de courte durée, ILD : invalidité de longue durée

Démêlés antérieurs ou actuels avec le système judiciaire? ☐ Oui ☐ Non

Détails : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Dans la mesure du possible, indiquez le niveau d'aide nécessaire dans une journée : (par exemple, 2 heures pour le bain, la toilette et les soins personnels).

BESOINS PERSONNELS	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Manger ou boire :	☐	☐		☐ Ergothérapeute
Habille ment :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Bain :	☐	☐		☐ Travailleur social
Toilette (y compris l'incontinence) :	☐	☐		☐ Orthophoniste
Soins personnels :	☐	☐		☐ Médecin
Parésie ou paralysie :	☐	☐		☐ Infirmière
Gestion des médicaments :	☐	☐		☐ Autre
Douleur ou maux de tête :	☐	☐		
Fatigue :	☐	☐		
Perturbations du sommeil :	☐	☐		
MOBILITE	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Marcher :	☐	☐		☐ Ergothérapeute
Fauteuil roulant :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Transfert :	☐	☐		☐ Médecin
Mobilité à l'extérieur :	☐	☐		☐ Infirmière
Chutes ou antécédents de chutes :	☐	☐		☐ Autre
Energie :	☐	☐		
Équilibre ou étourdissements :	☐	☐		
BESOINS INSTRUMENTAUX	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Préparation de repas :	☐	☐		☐ Ergothérapeute
Entretien ménager :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Magasinage :	☐	☐		☐ Infirmière
Gestion des finances :	☐	☐		☐ Médecin
				☐ Autre
TROUBLES DU COMPORTEMENT	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Adaptation au changement :	☐	☐		
Contrôle des impulsions :	☐	☐		
Trouble de l'humeur :	☐	☐		
Trouble de pensée :	☐	☐		
Errance :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Agressivité :	☐	☐		☐ Travailleur social
Comportement sexuel inapproprié :	☐	☐		☐ Orthophoniste
Risque de suicide, idéation :	☐	☐		☐ Médecin
Agitation :	☐	☐		☐ Autre
Se met en colère facilement :	☐	☐		
Tolérance à la frustration :	☐	☐		
COMMUNICATION	AUCUN PROBLÈME	PROBLÈME	Commentaires ou autres problèmes :	Rempli par :
Ouïe :	☐	☐		☐ Ergothérapeute
Vue :	☐	☐		☐ Physiothérapeute
Langue, compréhension :	☐	☐		☐ Travailleur social
Langue, expression :	☐	☐		☐ Orthophoniste
Pragmatique, conversation :	☐	☐		☐ Médecin
Capacité à avaler :	☐	☐		☐ Infirmière
(Précisez le régime alimentaire et la texture de la nourriture.)				☐ Autre
ÉTAT COGNITIF	Non évalué	Aucune déficience	Déficience	Rempli par :
Orientation :	☐	☐	☐	☐ Ergothérapeute
Motivation ou initiative :	☐	☐	☐	☐ Physiothérapeute
Jugement :	☐	☐	☐	☐ Travailleur social
Mémoire (court terme) :	☐	☐	☐	☐ Orthophoniste
Mémoire (long terme) :	☐	☐	☐	☐ Infirmière
Attention :	☐	☐	☐	☐ Autre
Capacité de suivre des directives :	☐	☐	☐	
Perspécacité :	☐	☐	☐	
Perception :	☐	☐	☐	

J'atteste que, pour autant que je sache, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Signature : _____ Date : _____
(Demandeur ou mandataire spécial) (JJ/MM/AAAA)

Nom du ou de la patient.e : _____ N° de carte Santé : _____ Code de version : _____

Veillez décrire une journée habituelle depuis l'accident.

Quelles sont les activités auxquelles vous aimez participer?

Quelles sont les activités que vous trouvez difficiles à accomplir?

Avez-vous des croyances spirituelles qui vous aident à mieux gérer le stress? Faites-vous partie d'une communauté religieuse et spirituelle?

Énumérez quelques objectifs que vous aimeriez atteindre.

Y a-t-il des facteurs qui déclenchent de manière continue votre colère ou frustration?

Quelles activités vous permettent de vous calmer, lorsque vous êtes bouleversé.e, en colère ou en détresse?

Quels jours de la semaine vous conviennent le mieux pour participer aux programmes?