

# TOUS LES BONS MOUVEMENTS

## ÉVALUATION DU PARTICIPANT SUR LA MANIPULATION DES RÉSIDENTS

Nom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Foyer de soins \_\_\_\_\_ Formation initiale \_\_\_\_ Formation d'appoint \_\_\_\_ Évaluation après une blessure \_\_\_\_

		A	B	C	D	E	I
	Compétence	Retourner 1	Retourner 2	Côté 1	Côté 2	Redressement dans le lit	Appliquer le toile/filet
1 a	Évaluation des risques au point de service	Complété	Complété	Complété	Complété	Complété	Complété
2	Hauteur du lit	Jointure	Jointure	Jointure	Jointure	Jointure	Jointure
3	Préparation de la personne résidente	Bras/Pieds croisés	Bras/Pieds croisés				
4	Drap défait	Complété	Complété	Complété	Complété	Complété	Complété
6	Inspection de la toile	S. O.	Oui				
7	Utilisation adéquate de la toile	S. O.	Oui				
8	Placement adéquat du corps	Centre de gravité	Épaules et hanches Bras croisés	Centre de gravité	Épaules et hanches Bras croisés	Niveau des hanches Face à l'extrémité opposée du lit	Position assise au sol et balancement vers l'arrière
9	Placement des mains	Prise du drap et paumes vers le bas	Prise du drap et paumes vers le bas	Prise du drap et paumes vers le bas	Prise du drap et paumes vers le bas	Prise du drap et paumes vers le bas	S. O.
10	Placement adéquat des pieds	Position de marche	Position de marche				
11	Directives données à la personne résidente	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
12	Préparation du corps	Poitrine bombée, dos droit, bras à angle droit	Poitrine bombée, dos droit, bras à angle droit	Poitrine bombée, dos droit, bras à angle droit	Poitrine bombée, dos droit, bras à angle droit	Poitrine bombée, dos droit, bras à angle droit	Poitrine bombée, dos droit, bras à angle droit
13	Compte à voix haute	1-2-Charger-Retourner	1-2-Charger-Retourner	1-2-Charger-Tourner sur le côté	1-2-Charger-Tourner sur le côté	1-2-Charger-Soulever	S. O.
14	Maintien de la mécanique corporelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
15	Maintien de la position des bras	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
16	Post-évaluation	Complété	Complété	Complété	Complété	Complété	Complété

**Éléments à surveiller**

---

---

---

**Éléments bien réussis**

---

---

---

**Commentaires de l'évaluation**

---

---

---

---

---

---

---

---

Formation réussie \_\_\_\_\_ Reprise de la formation recommandée \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

Signature de la personne formatrice \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_