

Échelle d'Egen Klassifikation Version 2 (EK2)

Steffensen 2008

Nom		Date de naissance
Date de l'évaluation		
Évaluateur		(entourer s'il vous plaît)
NOTE: * Marquez le meilleur que vous avez fait au cours des deux dernières semaines, surtout s'il y a une variation entre les bons et les mauvais jours		
1	Capacité à utiliser un fauteuil roulant Comment vous déplacez-vous à l'intérieur et à l'extérieur ?	SO
	Capable d'utiliser un fauteuil roulant manuel sur un terrain plat, 10 m < 1 minute	0
	Capable d'utiliser un fauteuil roulant manuel sur un terrain plat, 10 m > 1 minute	1
	Incapable d'utiliser un fauteuil roulant manuel, nécessite un fauteuil roulant électrique	2
	Utilise un fauteuil roulant électrique, mais a parfois de la difficulté à le diriger	3
2	Capacité de transfert du fauteuil roulant Comment passez-vous de votre fauteuil roulant au lit ?	SO
	Capable d'effectuer un transfert du fauteuil roulant sans aide	0
	Capable d'effectuer un transfert du fauteuil roulant de façon autonome, avec l'utilisation d'une aide	1
	A besoin d'assistance pour effectuer un transfert avec ou sans aides supplémentaires (treuil, glissement facile)	2
	A besoin d'être soulevé avec un soutien de la tête lors du transfert du fauteuil roulant	3
3	Capacité à se tenir debout Êtes-vous parfois debout ? Comment le réalisez-vous ?	SO
	Capable de rester debout avec les genoux soutenus, comme lors de l'utilisation d'attelles	0
	Capable de rester debout avec les genoux et les hanches soutenues, comme lors de l'utilisation d'aide à la verticalisation	1
	Capable de rester debout avec un soutien total du corps	2
	Ne peut être mis debout	3
4	Capable de se balancer dans le fauteuil Pouvez-vous vous pencher vers l'avant et sur les côtés et revenir à la position verticale ?	SO
	Capable de se redresser de la position penchée vers l'avant, en poussant avec les mains	0
	Capable de déplacer la partie supérieure du corps $\geq 30^\circ$ dans toutes les directions depuis la position verticale, mais ne peut pas se redresser comme ci-dessus	1
	Capable de déplacer la partie supérieure du corps $< 30^\circ$ d'un côté à l'autre	2
	Incapable de changer la position de la partie supérieure du corps, ne peut pas s'asseoir sans le soutien complet de la tête et du tronc	3
5	Capacité à bouger les bras Pouvez-vous bouger vos doigts, vos mains et vos bras à l'encontre de la gravité ?	SO
	Capable de lever les bras au-dessus de la tête avec ou sans mouvements compensatoires	0
	Incapable de lever les bras au-dessus de la tête, mais capable de lever les avant-bras à l'encontre de la gravité, c'est-à-dire amener la main à la bouche avec / sans soutien du coude	1
	Incapable de lever les avant-bras à l'encontre de la gravité, mais capable d'utiliser les mains à l'encontre de la gravité lorsque l'avant-bras est soutenu	2
	Incapable de bouger les mains à l'encontre de la gravité mais capable d'utiliser les doigts	3
6	Capacité à utiliser les mains et les bras pour manger Pouvez-vous décrire comment vous mangez ?	SO
	Capable de manger et de boire sans un soutien du coude	0
	Mange ou boit avec un soutien au coude	1
	Mange et boit avec soutien du coude ; avec un renforcement de la main opposée + ou - des aides	2
	Doit être nourri	3
7	Capacité à se retourner dans le lit Comment vous retournez-vous dans votre lit pendant la nuit ?	SO
	Capable de se retourner dans le lit avec les draps	0
	A besoin d'aide pour se retourner dans le lit ou tourner dans certaines directions	1
	Incapable de se retourner dans le lit. Doit être retourné de 0 à 3 fois durant la nuit	2
	Incapable de se retourner dans le lit. Doit être retourné ≥ 4 fois pendant la nuit	3
8	Capacité à tousser Comment toussiez-vous lorsque vous devez le faire ?	SO
	Capable de tousser efficacement	0
	A de la difficulté à tousser et a parfois besoin de renforcement manuel. Capable de dégager la gorge	1
	A toujours besoin d'aide pour tousser. Peut tousser seulement dans certaines positions et avec un renforcement manuel, empilage de volume courant etc.	2
	Incapable de tousser, nécessite des techniques d'aspiration et / ou d'hyperventilation ou de respiration en pression positive intermittente afin de garder les voies respiratoires dégagées	3
9	Capacité à parler Pouvez-vous parler de telle sorte que ce vous dites puisse être compris si vous êtes assis au fond d'une grande pièce ?	SO
	Voix puissante. Capable de chanter et parler haut et fort	0
	Parle normalement mais ne peut pas élever la voix	1
	Parle d'une voix calme et a besoin de reprendre le souffle après 3 à 5 mots	2
	La parole est difficile à comprendre sauf pour les proches	3

10	Bien-être physique Ceci ne concerne que les personnes atteintes d'insuffisance respiratoire (voir manuel) Utiliser les catégories comme questions	SO
	Ne se plaint pas, se sent bien	0
	Se fatigue facilement A de la difficulté à se reposer sur une chaise ou dans le lit	1
	A une perte de poids, une perte d'appétit. Redoute de s'endormir, dort mal	2
	Éprouve des symptômes supplémentaires du score 2 : changement d'humeur, maux d'estomac, palpitations, transpiration,	3

11	Fatigue diurne Devez-vous organiser votre journée ou prendre du repos afin d'éviter de trop vous fatiguez ?	SO
	Ne fatigue pas durant la journée	0
	J'ai besoin de limiter l'activité pour éviter de trop me fatiguer	1
	J'ai besoin de limiter mon activité et de me reposer afin d'éviter de trop me fatiguer	2
	Je me fatigue durant la journée même si je me repose et limite mon activité	3

12	Contrôle de la tête Dans quelle mesure avez-vous besoin que votre tête soit soutenue dans le fauteuil roulant ?	SO
	N'a pas besoin de soutien de la tête	0
	A besoin d'un soutien de la tête pour monter et descendre une pente (rampe standard de 15 °)	1
	A besoin d'un soutien de la tête lors de la conduite du fauteuil roulant	2
	A besoin d'un soutien de la tête lorsqu'il est assis immobile dans le fauteuil roulant	3

13	Capacité à contrôler le joystick Quel type de joystick utilisez-vous pour contrôler votre fauteuil roulant?	SO
	Utilise un joystick standard sans aucune adaptation particulière	0
	Utilise un joystick adapté ou un fauteuil roulant ajusté afin d'utiliser le joystick	1
	Utilise d'autres techniques que le joystick pour se diriger tels que des systèmes de soufflage / aspiration ou le pilotage par scanner	2
	Incapable de manœuvrer le fauteuil roulant. A besoin d'une autre personne pour le manœuvre	3

14	Textures des aliments Devez-vous modifier vos aliments d'une quelconque façon afin de les manger ?	SO
	Mange toutes les textures d'aliments	0
	Mange les aliments découpés ou en petits morceaux ou évite ceux qui sont durs ou difficiles à mâcher	1
	Mange de la nourriture hachée / en purée	2
	L'apport principal consiste en une alimentation par tube	3

15	Manger un repas (avec ou sans assistance) Combien de temps vous faut-il pour terminer un repas complet ?	SO
	Capable de consommer un repas entier en même temps que les autres personnes mangeant le même repas	0
	Capable de consommer un repas entier en même temps que d'autres personnes seulement avec encouragement ou besoin de temps supplémentaire	1
	Capable de consommer un repas complet mais nécessitant beaucoup plus de temps que les autres personnes mangeant le même repas (15 minutes extras ou plus)	2
	Incapable de consommer un repas complet même avec assistance ou temps supplémentaire	3

16	Avaler Avez-vous déjà eu des problèmes de déglutition ?	SO
	N'a jamais de problèmes en avalant et ne s'étouffe jamais avec la nourriture / boisson	0
	Peut éprouver des problèmes occasionnels (moins d'une fois par mois) à avaler certains types d'aliments ou occasionnellement des étouffements	1
	A du mal à avaler de la nourriture ou des boissons ou s'étouffe avec de la nourriture ou des boissons (plus d'une fois par mois)	2
	A du mal à avaler la salive ou les sécrétions	3

17	Fonction de la main Laquelle de ces activités pouvez-vous réaliser ?	SO
	Peut dévisser le bouchon d'une bouteille d'eau ou de boisson gazeuse et briser le sceau	0
	Peut écrire deux lignes ou utiliser le clavier d'un ordinateur	1
	Peut signer ou envoyer un texte ou utiliser une télécommande	2
	Ne peut pas utiliser ses mains	3

SCORE TOTAL/ 51	
------------------------	--

Commentaires : raisons pour lesquelles aucun item n'était applicable (SO)
<p>Chirurgie veuillez consigner la date et le type de chirurgie</p> <p>Date de début de la ventilation assistée et le type</p> <p>Taille</p> <p>Poids</p> <p>Capacité vitale forcée</p> <p>CVF%</p> <p>Score de Brooke</p>