



Nom du patient : \_\_\_\_\_ NRF du CASC : \_\_\_\_\_ ID. Patient de L'OFS : \_\_\_\_\_

**ASSISTANCE PARTIELLE POUR EFFECTUER UN TRANSFERT À L'AIDE  
D'UNE PLANCHE DE TRANSFERT**

Transfer Board



**Marche à suivre : \*Remarque : On peut utiliser cette démarche pour effectuer un transfert du lit au fauteuil roulant ou du fauteuil roulant au lit.**

- Dégager l'espace nécessaire.
- Expliquer la démarche au patient.
- Vous assurer que la planche de transfert est à portée de la main.
- Placer le fauteuil roulant le plus près possible du lit. Retirer ou déplacer les repose-pieds amovibles du fauteuil roulant pour qu'ils ne nuisent pas au transfert.
- Appliquer les freins du fauteuil roulant.
- Enlever l'appuie-bras du fauteuil roulant du côté du lit. Le lit devrait être à la même hauteur que le coussin du fauteuil roulant.
- Le patient se penche du côté opposé, puis le patient ou le soignant place la planche de transfert sous la hanche la plus près du lit ou du fauteuil roulant.
- L'autre bout de la planche repose sur le lit ou le fauteuil roulant.
- Le patient place une main sur le dessus de la planche et l'autre, sur le bord du siège pour s'appuyer.
- En poussant sur les mains, le patient fait glisser le corps de côté sur la planche, vers le lit ou le fauteuil roulant.
- Le patient ou le soignant déplace les pieds de côté.
- Vous assurer que le patient est bien installé sur le lit ou le fauteuil roulant. Pour retirer la planche, le patient se penche du côté opposé à la planche, puis le patient ou le soignant retire la planche.

**Commentaires :**

\_\_\_\_\_  
Signature du thérapeute

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Date



Champlain

**CCAC CASC**

Community  
Care Access  
Centre

Centre d'accès  
aux soins  
communautaires  
de Champlain

## Instructions sur l'utilisation des lève-personnes et les transferts 5 B : Transfert à l'aide d'une planche de transfert

Nom du patient : \_\_\_\_\_ NRF du CASC : \_\_\_\_\_ ID. Patient de L'OFS : \_\_\_\_\_

Instructions particulières concernant ce patient :

\_\_\_\_\_  
Signature du thérapeute

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Date