

## Questionnaire CEFREP

Merci de remplir ce questionnaire de la façon la plus précise possible. Cela permettra une meilleure analyse de votre besoin et **de le retourner par:**

**mail** ([gestionrdv.cefrep@aphp.fr](mailto:gestionrdv.cefrep@aphp.fr)) **ou par courrier** : Secrétariat CEFREP- Hôpital Raymond POINCARÉ - 104 Boulevard Raymond Poincaré - 92380 Garches

<b>Nom – Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Adresse :</b>	
<b>Tél :</b>	<b>Portable :</b>
<b>E.mail :</b>	

<b>Pathologie :</b>
---------------------

<b>De qui vient la demande ?</b> <input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> votre médecin <input type="checkbox"/> Autre :
--

<b>Médecin référent :</b> Nom- prénom Lieu d'exercice : Téléphone e-mail :	<b>Revendeur de matériel médical :</b> Nom de la société : Nom du technico-commercial : Téléphone : e-mail :
<b>Ergothérapeute et/ou kinésithérapeute :</b> Nom- prénom Lieu d'exercice : Téléphone e-mail :	<b>Orthoprothésiste :</b> Nom de la société : Nom du référent : Téléphone : e-mail :

<b>Quels sont vos besoins en termes de déplacement ?</b> <input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Loisirs / sorties <input type="checkbox"/> Se rendre sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autres :.....
--

<b>Quelle est votre demande ?</b> <input type="checkbox"/> FRM <input type="checkbox"/> FRE <input type="checkbox"/> verticalisateur <input type="checkbox"/> Scooter <input type="checkbox"/> aide à la propulsion <input type="checkbox"/> positionnement <b>Est-ce ?</b> <input type="checkbox"/> une 1 <sup>ère</sup> acquisition <input type="checkbox"/> un renouvellement <b>Avez-vous réalisés des essais ?</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : Lesquels : .....
---

Sexe :  M  F Poids : ..... Taille : .....  
 Latéralité :  droitier  gaucher  
 Avez-vous un appareil de ventilation en journée :  oui  Non

**Pour changer de positions (Transfert), vous :**

Passer par la position debout  Passer de la position assise à assise

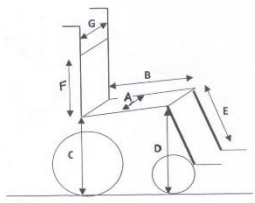
**Avez-vous besoin d'aide :**

Non  Oui, aide humaine  Oui, Aide technique à préciser (planche, lève-  
 personne) :  Autres :

**Pouvez-vous marcher en intérieur ?**  Non  Oui , aide : .....

**Pouvez-vous marcher en extérieur ?**  Non  Oui , avec aide : .....

Distance (en mètres) :

	Fauteuil roulant Manuel	Fauteuil roulant électrique
<b>Type de déplacement</b>	<input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur
<b>Marque</b>		
<b>Modèle</b>		
<b>Date d'achat</b>		
<b>Dimensions</b>	 <p>A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT : cm</p>	<p>A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT : cm</p>
<b>Type de propulsion</b>	<input type="checkbox"/> Manuelle <input type="checkbox"/> Podale <input type="checkbox"/> aide à la propulsion Tierce personne	<input type="checkbox"/> Propulsion <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> 6 roues
<b>Type de commande</b>		<input type="checkbox"/> Joystick <input type="checkbox"/> Mini-joystick <input type="checkbox"/> Autre :
<b>Commande installée</b>		<input type="checkbox"/> A droite <input type="checkbox"/> A gauche <input type="checkbox"/> Au centre
<b>Commande actionnée par</b>		<input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> lèvre <input type="checkbox"/> menton <input type="checkbox"/> bouche <input type="checkbox"/> autre
<b>Options</b>		Electrique : <input type="checkbox"/> Bascule dossier <input type="checkbox"/> Bascule assise <input type="checkbox"/> Repose jambes <input type="checkbox"/> lift <input type="checkbox"/> verticalisation
<b>Accessoires de positionnement</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : lesquels	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : lesquels

<b>Lieu de stockage sûr</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Prise électrique</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coussin</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Modèle et marque : date d'achat :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Modèle et marque : date d'achat :
<b>Corset siège</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Modèle et marque : date d'achat :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Modèle et marque : date d'achat :
<b>Temps d'assise / jour</b>		
<b>Financement</b>		
<b>Observation</b>		

**Vous vivez :**  Seul(e)  en Couple  en Famille  
 en Institution  en Appartement  en Pavillon

**Avez-vous des marches à franchir à votre domicile (intérieur et extérieur) ?**  
 Non  Oui

**Au domicile, largeur du passage le plus étroit à franchir (cm) :** .....

**Si vous vivez en étage, avez-vous un ascenseur ?**  Non  Oui  
 Dimensions : largeur : ..... largeur porte : ..... Profondeur : .....

**Aux alentours de votre domicile, y a-t-il ?**  
 des côtes  des terrains accidentés (pavés, terre, graviers)

**Conduisez-vous ? :**  
 **Oui**  
 Etes-vous passé devant un médecin agréé ?  Oui  Non  
 Si non : Seriez-vous intéressé par une consultation spécialisée sur ce sujet le même jour que votre prise en charge au CEFREP ?  Oui  Non

**Non**  
 Si c'est un projet ? Seriez-vous intéressé par une consultation spécialisée sur ce sujet le même jour que votre prise en charge au CEFREP ?  Oui  Non

**Modèle voiture :** .....  
 Quel est le mode chargement dans le véhicule de votre aide technique (fauteuil, scooter, ...) ?  
 Manuel  Tierce personne  Aide technique : .....  
 Dimensions du coffre : .....

**Présentez-vous avoir des difficultés pour le chargement du fauteuil ?**  Oui  Non

**Travaillez-vous ?**

Oui

Effectuez-vous votre trajet domicile-travail en véhicule personnel ?  Oui  Non

L'adaptation à votre poste de travail est-elle satisfaisante ?  Oui  Non

Si non : Seriez-vous intéressé par une consultation spécialisée sur ce sujet le même jour que votre prise en charge au CEFREP ?  Oui  Non

Non

Seriez-vous intéressé par une consultation spécialisée sur ce sujet le même jour que votre prise en charge au CEFREP ?  Oui  Non

**Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique ?**  Oui  Non

**CPAM :**  Non  Oui :  100% ALD

**Mutuelle :**  Non  Oui : Montant de la prise en charge grand appareillage .....

**MDPH :**  Non  Oui :  ACTP  PCH

**Avez-vous besoins de conseils concernant :**

L'accès à l'outil informatique en lien avec votre handicap

L'accès à des outils de communication en lien avec votre handicap

La domotique / téléphonie... en lien avec votre handicap

Si oui : Seriez-vous intéressé par une consultation spécialisée sur ce sujet le même jour que votre prise en charge au CEFREP ?  Oui  Non

Nous vous remercions pour toutes ces informations.