

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

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

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

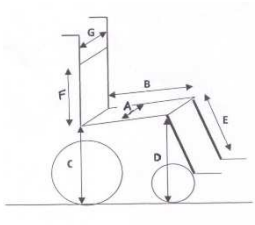
Distance (en mètres) :

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 :

	Fauteuil roulant Manuel	Fauteuil roulant électrique
Type de déplacement	<input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur	<input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur
Marque		
Modèle		
Date d'achat		
Dimensions 	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT : cm	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT : cm
Type de propulsion	<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
Type de commande		<input type="checkbox"/> Joystick <input type="checkbox"/> Mini-joystick <input type="checkbox"/> Autre :
Commande installée		<input type="checkbox"/> A droite <input type="checkbox"/> A gauche <input type="checkbox"/> Au centre

Commande actionnée par		<input type="checkbox"/> main <input type="checkbox"/> lèvre <input type="checkbox"/> menton <input type="checkbox"/> bouche <input type="checkbox"/> autre
Options		Electrique : <input type="checkbox"/> Bascule dossier <input type="checkbox"/> Bascule assise <input type="checkbox"/> Repose jambes <input type="checkbox"/> lift <input type="checkbox"/> verticalisation
Accessoires de positionnement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : lesquels	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : lesquels
Lieu de stockage sûr	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise électrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coussin	<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 :
Corset siège	<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 :
Temps d'assise / jour		
Financement		
Observation		

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.