





## Questionnaire Centre d'Essai du Fauteuil Roulant et du Positionnement

Merci de remplir ce questionnaire, indispensable pour l'obtention d'un rendez-vous, de la façon la plus précise possible. Cela permettra une meilleure analyse de votre besoin.

Merci de le retourner par mail (gestionrdv.cefrep@aphp.fr) ou par courrier : Secrétariat CEFREP- Hôpital Raymond POINCARE - 104 Boulevard Raymond Poincaré - 92380 Garches

Date:	
Nom – Prénom:	Date de naissance :
Adresse:	
Tél: Port	able :
E.mail:	
Etes vous déjà suivi :  ☐ au CEFREP ☐ en Rééducation Fonctionn ☐ dans un autre service de l'hôpital R. Poinc	,
Pathologie:	
De qui vient la demande ?	
☐ Vous-même ☐ votre médecin : (Nom :	) 🗆 Autre, précisez :
Plaintes exprimées :	Objectifs de la prise en charge / avis MPR (facultatif) :
Quels sont vos besoins en termes de déplaceme	ent?
☐ Intérieur ☐ Courses ☐ Loisirs / sorties Autres :	$\square$ Se rendre sur le lieu de travail
Quelle est votre demande ?  ☐ Fauteuil Roulant Manuel ☐ Fauteuil Rou ☐ système d'aide à la propulsion ☐ position Est-ce ? ☐ une 1 <sup>ère</sup> acquisition ☐ un renouvellement Avez-vous réalisés des essais ? ☐ non ☐ oui : Lesquels :	nnement
Sexe : □ M □ F Poids :	
<b>Latéralité</b> : □ droitier □ gaucher <b>Avez-vous un appareil de ventilation en journe</b>	ée : □ oui □ Non







		Revendeur de	matériel médical :
Nom- prénom		Nom de la société :	
Lieu d'exercice :		Nom du technic	o-commercial:
Téléphone		Téléphone:	
e-mail:		e-mail:	
Ergothérapeute et/ou kinésithe	érapeute :	Orthoprothésis	ste:
Nom- prénom		Nom de la société :	
Lieu d'exercice :		Nom du référen	t:
Téléphone		Téléphone:	
e-mail:		e-mail:	
Douvez vous marcher en intéri	Non 🗆 O	ni oido :	
Pouvez-vous marcher en intérie			
Pouvez-vous marcher en extéri	eur ? 🗆 Non 🗀 C	oui, avec aide:	•••••
Distance (en mètres):			
Pour changer de positions (Tr	ansfert), vous :		
☐ Passer par la position debout	$\square$ Pas	sser de la position	assise à assise
Avez-vous besoin d'aide :			
□ Non □ Oui,	aide humaine	Oui, Aide tech	nique à préciser (planche, lève-
personne) : $\square$ Autres :			
	Fauteuil roular		Fauteuil roulant électrique
Type de déplacement	Fauteuil roular  ☐ Intérieur ☐		Fauteuil roulant électrique  ☐ Intérieur ☐ Extérieur
Marque			-
			-
Marque			-
Marque Modèle			-
Marque Modèle Date d'achat	☐ Intérieur ☐		☐ Intérieur ☐ Extérieur
Marque Modèle Date d'achat	☐ Intérieur ☐ A: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm D: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm D: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm		☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm
Marque Modèle Date d'achat Dimensions	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT: cm	Extérieur	☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT: cm
Marque Modèle Date d'achat	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT: cm	Extérieur  Podale	☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT : cm ☐ Propulsion ☐ Traction
Marque Modèle Date d'achat Dimensions	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT: cm    Manuelle   aide à la propulse	Extérieur  Podale	☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT: cm
Marque Modèle Date d'achat Dimensions	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT: cm	Extérieur  Podale	☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT : cm ☐ Propulsion ☐ Traction
Marque Modèle Date d'achat Dimensions  Type de propulsion	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT: cm    Manuelle   aide à la propulse	Extérieur  Podale	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT : cm Propulsion
Marque Modèle Date d'achat Dimensions	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT: cm    Manuelle   aide à la propulse	Extérieur  Podale	☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm L. HT: cm P. HT : cm ☐ Propulsion ☐ Traction
Marque Modèle Date d'achat Dimensions  Type de propulsion	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT: cm    Manuelle   aide à la propulse	Extérieur  Podale	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT : cm Propulsion
Marque Modèle Date d'achat Dimensions  Type de propulsion	A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT: cm    Manuelle   aide à la propulse	Extérieur  Podale	☐ Intérieur ☐ Extérieur  A: cm B: cm C: cm D: cm E: cm F: cm  L. HT: cm P. HT : cm ☐ Propulsion ☐ Traction ☐ 6 roues  ☐ Joystick ☐ Mini-joystick







Commande actionnée par		☐ main ☐ lèvre ☐ menton	
		$\square$ bouche $\square$ autre	
Options		Electrique :   Bascule dossier	
		☐ Bascule assise ☐ Repose	
		jambes	
		$\square$ lift $\square$ verticalisation	
Accessoires de	☐ Non ☐ Oui : lesquels	☐ Non ☐ Oui : lesquels	
positionnement		1	
Lieu de stockage sûr	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non	
Prise électrique	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non	
Coussin	□ Non	□ Non	
	□ Oui	□ Oui	
	Modèle et marque :	Modèle et marque :	
	date d'achat:	date d'achat:	
Corset siège	□ Non	□ Non	
	□ Oui	□ Oui	
	Modèle et marque :	Modèle et marque :	
	date d'achat:	date d'achat:	
Temps d'assise / jour			
Financement			
Observation			
<b>Vous vivez :</b> $\square$ Seul(e)	□ en Couple	□ en Famille	
$\Box$ en Institution $\Box$ en Appartement $\Box$ en Pavillon			
	chir à votre domicile (intérieur e	t extérieur) ?	
□ Non □ Oui			
	ge le plus étroit à franchir (cm) :		
	us un ascenseur ? $\square$ Non $\square$ Ou		
	geur porte: Profone	deur:	
Aux alentours de votre domici	, •		
☐ des côtes	☐ 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 ? $\square$ Oui $\square$ 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 :
<b>Présentez-vous avoir des difficultés pour le chargement du fauteuil ?</b> □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 ? $\square$ Oui $\square$ Non
voite prise en enange au Chriter . Gour Griver
□ 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
January and Province January a
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
<ul> <li>□ L'accès à des outils de communication en lien avec votre handicap</li> <li>□ La domotique / téléphonie en lien avec votre handicap</li> </ul>
La domotique / telephonie en nen avec votre handreap
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.