

Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile

Annexe : Dimensions – personne en fauteuil roulant

 Date d'évaluation (A-M-J)

 Date du rapport (A-M-J)

 Date de l'accident (A-M-J)

 Numéro de réclamation

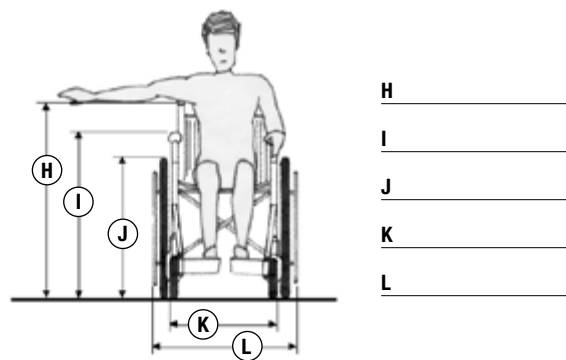
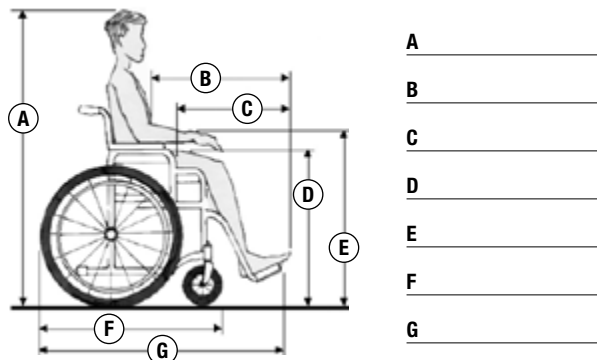
RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI DEMANDE L'ADAPTATION

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance (Année-Mois-Jour) _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE FAUTEUIL ROULANT (pris en considération pour l'aménagement du domicile)

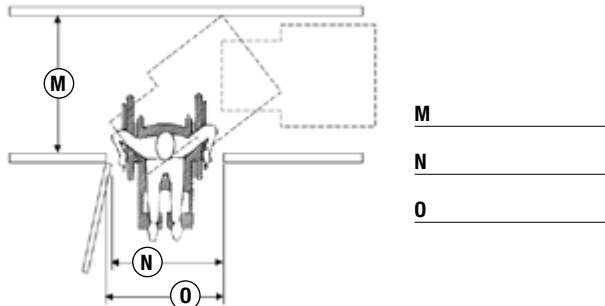
Modèle du fauteuil	<input type="checkbox"/> Manuel Particularités : <input type="checkbox"/> Motorisé Particularités (ex. : côté de la conduite) :		
Année d'obtention	Provenance <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Assurances privées <input type="checkbox"/> Achat personnel	Poids du fauteuil roulant	Présence d'un aidant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aide technique au positionnement ou équipement excédant le cadre du fauteuil roulant			

DIMENSIONS DU FAUTEUIL ROULANT HORS TOUT

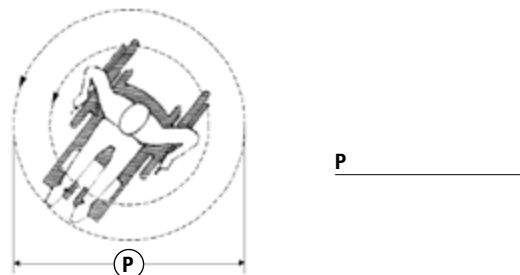


AIRES DE MANŒUVRE ET DE GIRATION

Accès à 90 degrés, passage étroit
(ex. : corridor – porte, balcon, barrière palière ou porte du domicile)



Aire de giration (tour complet)



RENSEIGNEMENTS SUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

Nom et prénom	Signature	Numéro de permis	Date (Année-Mois-Jour)
_____	_____	_____	_____
Nom du lieu de travail	Adresse		
_____	_____		
Téléphone	Poste	Télécopieur	Courriel
_____	_____	_____	_____