



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

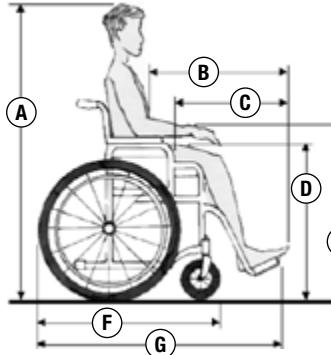
RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI DEMANDE L'ADAPTATION

Nom	Prénom	Date de naissance (Année-Mois-Jour)
<hr/>		

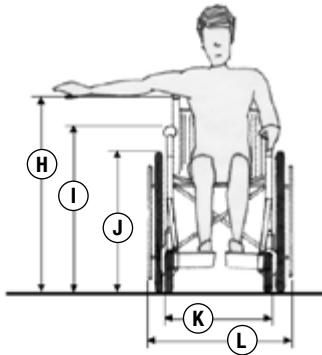
RENSEIGNEMENTS SUR LE FAUTEUIL ROULANT (pris en considération pour l'aménagement du domicile)

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



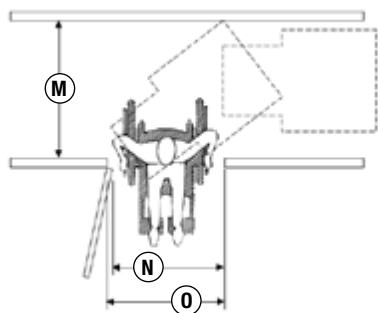
A _____
B _____
C _____
D _____
E _____
F _____
G _____



H _____
I _____
J _____
K _____
L _____

AIRES DE MANŒUVRE ET DE GIRATION

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



M _____
N _____
O _____

Aire de giration (tour complet)



P _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

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