



## Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile

Annexe : Dimensions – personne en triporteur ou en quadriporteur

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

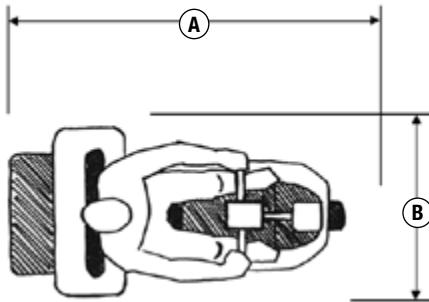
Nom	Prénom	Date de naissance (Année-Mois-Jour)
<hr/>		

### RENSEIGNEMENTS SUR LE TRIPORTEUR OU LE QUADRIPORTEUR

Marque et modèle de l'appareil

Année d'obtention	Provenance <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Assurances privées <input type="checkbox"/> Achat personnel	Poids de l'appareil	Lieu de rangement
Aide technique au positionnement ou équipement excédant le cadre			

### DIMENSIONS DE L'APPAREIL



A \_\_\_\_\_

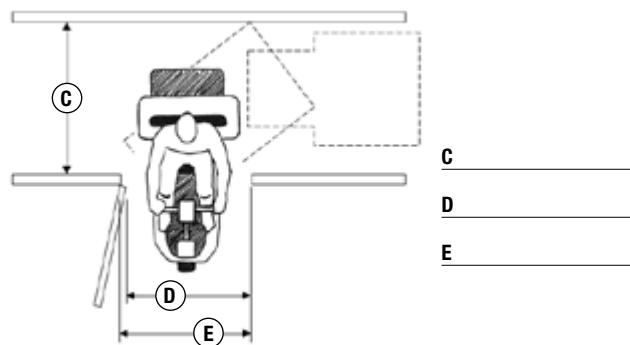
B \_\_\_\_\_

Hauteur sol-siège :

Hauteur sol-tête :

### 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)



F \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

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