

## 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) \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE TRIPORTEUR OU LE QUADRIPORTEUR

Marque et modèle de l'appareil

Année d'obtention

Provenance

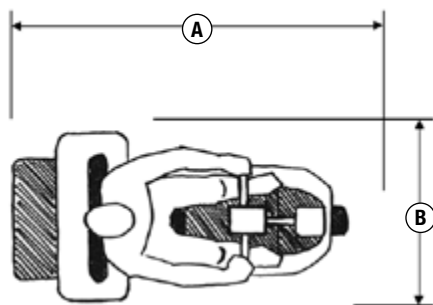
☐ RAMQ ☐ Assurances privées ☐ Achat personnel

Poids de l'appareil

Lieu de rangement

Aide technique au positionnement ou équipement excédant le cadre

### DIMENSIONS DE L'APPAREIL



A \_\_\_\_\_

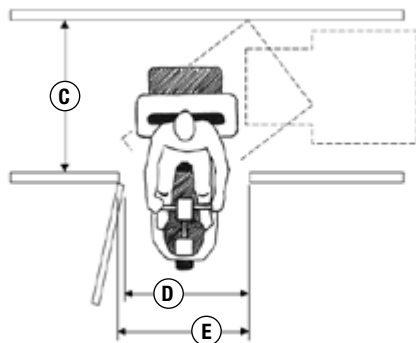
B \_\_\_\_\_

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)



C \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_

Aire de giration (tour complet)



F \_\_\_\_\_

### 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