

Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile

Annexe : Recommandations pour un appareil élévateur¹

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)
-----	--------	-------------------------------------

APPAREIL RECOMMANDÉ

<input type="checkbox"/> Fauteuil élévateur d'escalier	<input type="checkbox"/> Plate-forme d'escalier (oblique)	<input type="checkbox"/> Plate-forme verticale à gaine non fermée (extérieure)	<input type="checkbox"/> Plate-forme verticale à gaine fermée (intérieure)
--	---	--	--

Niveaux admissibles (selon l'emplacement des pièces où se déroulent les activités essentielles de la vie à domicile)

Niveau additionnel aux frais du propriétaire

Indiquer tout élément nécessaire à l'analyse de la situation et à la détermination des caractéristiques de la solution.

FAUTEUIL ÉLÉVATEUR D'ESCALIER

S.O.

Capacité de levage	Trajectoire	Aire d'accès (à chaque palier)
Aides au maintien de la position		Postes d'appel et bouton de contrôle (type et emplacement)

PLATE-FORME D'ESCALIER (oblique)

S.O.

Capacité de levage	Dimensions du plateau	Longueur de l'abattant
Sens et aire d'accès (à chaque palier)		
Aides au maintien de la position	Bouton d'appel et bouton de commande (type et emplacement)	Déploiement de la plate-forme et des bras de sécurité

PLATE-FORME VERTICALE À GAINÉ FERMÉE OU NON FERMÉE (intérieure ou extérieure)

S.O.

Capacité de levage	Dimensions du plateau
Sens et aire d'accès (à chaque palier)	
Porte ou barrière : sens, largeur de l'ouverture, particularités	Ouvre-porte ou ouvre-barrière palière
Aides au maintien de la position	Bouton d'appel et bouton de commande (type et emplacement)

PLATE-FORME À GAINÉ NON FERMÉE

PLATE-FORME À GAINÉ FERMÉE

Longueur de l'abattant	Bras de sécurité	Plan incliné : pente
------------------------	------------------	----------------------

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

1. Valider les caractéristiques auprès du fournisseur spécialisé.