

Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile

Annexe : Recommandations pour un lève-personne sur rail¹

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TYPE D'APPAREIL

Nombre de fonctions 2 fonctions 4 fonctions

POINTS DE CHUTE

<input type="checkbox"/> Lit	Commentaires et précisions
<input type="checkbox"/> Table à langer	
<input type="checkbox"/> Bain ou douche	
<input type="checkbox"/> Toilette	
<input type="checkbox"/> Autre :	

TOILES

Nombre	Modèle et taille
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACCESOIRES COMPLÉMENTAIRES

RENSEIGNEMENTS SUR L'ERGOTHÉRAPEUTE

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

1. Valider les caractéristiques auprès du fournisseur spécialisé.