

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) _____

TYPE D'APPAREIL

Nombre de fonctions ☐ 2 fonctions ☐ 4 fonctions

POINTS DE CHUTE

☐ Lit
☐ Table à langer
☐ Bain ou douche
☐ Toilette
☐ Autre : _____

Commentaires et précisions

TOILES

Nombre _____ Modèle et taille _____

ACCESSOIRES COMPLÉMENTAIRES

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.