

Rapport d'évaluation fonctionnelle en adaptation de domicile

Annexe : Recommandations pour une rampe d'accès¹

► _____
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) _____

Dénivellation totale entre le palier supérieur et
le palier inférieur ou nombre de contremarches

SURFACES EN PENTE

Degré d'inclinaison _____ Largeur de la rampe _____

ÉLÉMENTS DE PROTECTION LATÉRALE

- ☐ Protège-roue (bordure de 4 pouces)
☐ Garde-corps
☐ Mains courantes
☐ Barrière protectrice devant un escalier adjacent

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 le trajet (nombre de paliers, changements de direction, etc.) avec le consultant en architecture.