

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.