

# Demande remise de fauteuil roulant du dépôt AI

|                                                       |            |               |                                                     |    |
|-------------------------------------------------------|------------|---------------|-----------------------------------------------------|----|
|                                                       |            |               | Date                                                |    |
| <b>Utilisateur / utilisatrice du moyen auxiliaire</b> |            |               | <b>Adresse du demandeur / service thérapeutique</b> |    |
| Prénom, Nom                                           |            |               |                                                     |    |
| Rue, no.                                              |            |               |                                                     |    |
| NPA, lieu, canton                                     |            |               |                                                     |    |
| Date naissance                                        |            | Date sortie H | Tél.                                                |    |
| Diagnostic:                                           |            |               | <b>Adresse personne de contact</b>                  |    |
|                                                       |            |               |                                                     |    |
| Mensuration                                           | Poids      | kg            | Grandeur                                            | cm |
| Tél. professionnel                                    | Tél. privé |               | Tél. portable                                       |    |
| No. d'assurance soc.                                  |            |               | Tél.                                                |    |

Mesure en cm

|  |            |                               |  |
|--|------------|-------------------------------|--|
|  | <b>SB</b>  | Largeur siège                 |  |
|  | <b>ST</b>  | Profond. siège                |  |
|  | <b>RH</b>  | Hauteur dossier               |  |
|  | <b>SHv</b> | Hauteur assise (sans coussin) |  |
|  | <b>SHh</b> | Hauteur assise arrière        |  |
|  | <b>USL</b> | Creux poplité - talon         |  |
|  | <b>SK</b>  | Epaisseur du coussin          |  |
|  | <b>GB</b>  | Hors-tout max.                |  |

|                                |                                                                        |                                                |                                              |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Propulsion:</b>             | <input type="checkbox"/> manuelle (Utilisateur)                        | <input type="checkbox"/> fauteuil hémiplegique | <input type="checkbox"/> par tierce personne |
| <b>Utilisation:</b>            | <input type="checkbox"/> extérieur                                     | <input type="checkbox"/> intérieur             | <input type="checkbox"/> mixte               |
|                                | <input type="checkbox"/> est utilisé régulièrement comme siège voiture |                                                |                                              |
| <b>Dépendance au fauteuil:</b> | <input type="checkbox"/> complète                                      | <input type="checkbox"/> partielle             |                                              |
| <b>Repose-pieds:</b>           | <input type="checkbox"/> escamotable                                   | <input type="checkbox"/> intégré au châssis    |                                              |
| <b>Accoudoirs:</b>             | <input type="checkbox"/> court                                         | <input type="checkbox"/> long                  | <input type="checkbox"/> réglable en hauteur |
| <b>Dossier:</b>                | <input type="checkbox"/> normal                                        | <input type="checkbox"/> réglable (Velcro)     | <input type="checkbox"/> spécial             |
| <b>Tube de dossier:</b>        | <input type="checkbox"/> droit                                         | <input type="checkbox"/> avec appuis lombaires |                                              |
| <b>Pneus arrière:</b>          | <input type="checkbox"/> gonflable                                     | <input type="checkbox"/> pneus pleins          |                                              |
| <b>Coussin:</b>                | <input type="checkbox"/> normal                                        | <input type="checkbox"/> anti-décubitus        | <input type="checkbox"/> sans                |

|                                                         |                                                                                    |                                                                               |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Freins p. accompagnant:</b> <input type="checkbox"/> | <b>Rallonge de freins:</b> <input type="checkbox"/> ga <input type="checkbox"/> dr | <b>Porte - canne:</b> <input type="checkbox"/> ga <input type="checkbox"/> dr |
| <b>Table de thérapie:</b> <input type="checkbox"/>      | <b>Support moignon:</b> <input type="checkbox"/> ga <input type="checkbox"/> dr    | <b>Basculeur:</b> <input type="checkbox"/> ga <input type="checkbox"/> dr     |
| <b>Sangle appui mollet:</b> <input type="checkbox"/>    | <b>Talonnaire:</b> <input type="checkbox"/> ga <input type="checkbox"/> dr         | <b>Anti-bascule:</b> <input type="checkbox"/> ga <input type="checkbox"/> dr  |

Autres(par ex. protège rayons, appui-tête, repose-pieds relevables, etc.)

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| <b>Dépôt</b>               | <b>Tél.</b>   |
|                            | <b>Fax</b>    |
|                            | <b>E-Mail</b> |
| <b>Collaborateur/trice</b> | www.fscma.ch  |

|                                                     |                          |                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le moyen auxiliaire est disponible au dépôt AI      | oui                      | non                      |
|                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Cette communication n'est pas une évaluation</b> |                          |                          |
| Date                                                |                          | Visa                     |