

Demande remise de fauteuil roulant électrique du dépôt AI

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

Masse in cm

	SB	Largeur siège	
	ST	Profondeur siège	
	RH	Hauteur dossier	
	SHv	Hauteur assise devant	
	SHh	Hauteur assise arrière	
	USL	Creux poplité - talon	
	1)	Hauteur accoudoirs	
	2)		
GB	Hors-tout max.		

Coussin:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anti-décubitus	<input type="checkbox"/> sans
Pneus avant:	<input type="checkbox"/> normaux/crampon	<input type="checkbox"/> Racing/lisses	<input type="checkbox"/> pneus pleins
Pneus arrière:	<input type="checkbox"/> normaux/crampon	<input type="checkbox"/> Racing/lisses	<input type="checkbox"/> pneus pleins *
Accoudoirs:	<input type="checkbox"/> fixes	<input type="checkbox"/> escamotables	<input type="checkbox"/> réglages en hauteur
Talonnaire :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> aucune
Sangle appui mollet:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Boîtier de commande:	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> spécial
Siège inclinable:	<input type="checkbox"/> fixe	<input type="checkbox"/> réglable él.	
Dossier:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> réglable él.	<input type="checkbox"/> spécial *
Dossier :	<input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> appui lombaire	
Repose-pied:	<input type="checkbox"/> démontable	<input type="checkbox"/> réglable él.	<input type="checkbox"/> angle réglable
Sac:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Table :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> table hémi
Accoudoir gouttière:	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	
Appui-tête:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Porte-canne/s:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autres:			
Justification, nécessaire pour*:			

Dépôt	
Tel.	
Fax	
E-Mail	
Collaborateur/trice	www.fscma.ch

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