

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.	

		LS	Largeur siège	
		PS	Profondeur siège	
		HD	Hauteur du dos	
		HA	Hauteur assise (sans coussin)	
		CPT	Creux poplité - talon	
		HA	Hauteur de l'accoudoir	
		HT	Hors-tout max.	
		Mesure in cm		

Ameublement fauteuil roulant électrique :			
Unité motrice :	<input type="checkbox"/> front	<input type="checkbox"/> central	<input type="checkbox"/> arrière
Pneus principaux :	<input type="checkbox"/> air	<input type="checkbox"/> pneus pleins	<input type="checkbox"/>
Pneus supplémentaires :	<input type="checkbox"/> air	<input type="checkbox"/> pneus pleins	<input type="checkbox"/>
Accoudoirs :	<input type="checkbox"/> fixes	<input type="checkbox"/> escamotables	<input type="checkbox"/> réglages en hauteur
Type de repose-pieds :	<input type="checkbox"/> central	<input type="checkbox"/> unique	<input type="checkbox"/> escamotables
Boîtier de commande :	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> spécial
Coussin :	<input type="checkbox"/> anatomique	<input type="checkbox"/> anti-décubitus	<input type="checkbox"/> orthopédique
Rembourrage du dos :	<input type="checkbox"/> standard	<input type="checkbox"/> spécial	<input type="checkbox"/>
Paramètres électriques:			
Siège inclinable :	<input type="checkbox"/> nécessaire	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	
Inclinaison du dossier :	<input type="checkbox"/> nécessaire	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	
Hauteur d'assise réglable (ascenseur) :	<input type="checkbox"/> nécessaire	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	
Repose-pied :	<input type="checkbox"/> nécessaire	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	
Accessoires nécessaires :			
Ceintures :	<input type="checkbox"/> pelvienne	<input type="checkbox"/> thorax	<input type="checkbox"/> pied
Sac :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Porte-canne/s: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Appui-tête :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Spécial :			

Dépôt Collaborateur/trice	Tel. Fax E-Mail 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		