

Programme d'adaptation de domicile

Annexe : Dimensions du triporteur ou quadriporteur et des aires de manœuvre

Numéro de dossier

--

Renseignements sur la personne admissible

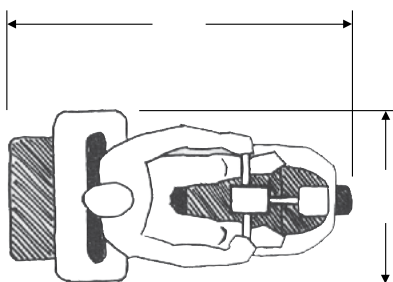
Nom et prénom (en lettres moulées)	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
------------------------------------	--------------------------------

Renseignements sur le triporteur ou quadriporteur

Marque et modèle					
Année d'obtention	Provenance RAMQ	Assurances privées	Achat personnel	Poids de l'appareil	Lieu de rangement

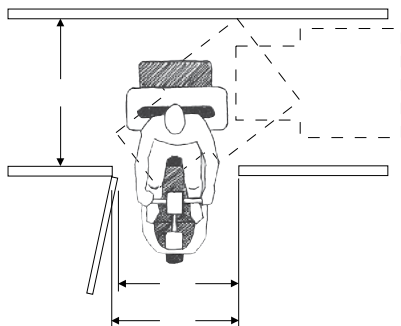
Aide technique au positionnement ou équipement excédant le cadre

Dimensions de l'appareil (Il est obligatoire d'inscrire chacune des mesures demandées ci-dessous.)

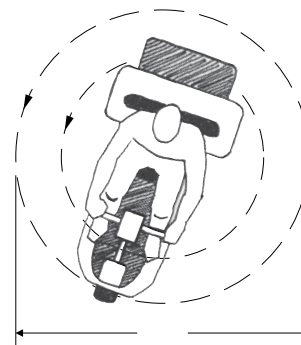


Aires de manœuvre et de giration

Accès à 90 degrés, passage étroit
(ex. : corridor - porte, balcon -, barrière palière ou porte du domicile)



Aire de giration (tour complet)



Renseignements sur l'ergothérapeute

Nom et prénom (en lettres moulées)	Signature	Année	Mois	Jour
Lieu de travail	Adresse (numéro, rue, appartement)			Code postal
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Courriel	