

Questionnaire d'Auto-évaluation

☐ 1ère acquisition
☐ Renouvellement

Cocher le matériel souhaité :

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Fauteuil roulant électrique | ☐ Assistance électrique pour fauteuil roulant manuel | ☐ Assistance électrique pour tierce personne |
| ☐ Scooter électrique | ☐ Aide au franchissement d'escalier (Scalamobil) | ☐ Poussette |
| ☐ Fauteuil roulant manuel | ☐ Positionnement | ☐ Tricycle |

Afin d'améliorer la qualité du rendez-vous, merci de **compléter ce questionnaire** dans son intégralité et de **nous le retourner dans les meilleurs délais**, avec **les comptes rendus médicaux**.

1. Données générales

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

 Téléphone :
 Mail :

Activité(s) actuelle(s) Professionnel ☐ Scolaire / Etudiant ☐ Retraité(e) ☐ Sans activité ☐

Régime d'Assurance
 Maladie
 N° Sécurité sociale __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Etes-vous ? Gaucher ☐ Droitier ☐

Données morphologiques : Poids : Taille :

Médecin traitant :
 Adresse
 Téléphone

Etes-vous suivi(e) par un établissement ? Oui ☐ Non ☐

 Si oui, lequel ?

Etes-vous suivi(e) par un ergothérapeute Oui ☐ Non ☐ ou un kinésithérapeute Oui ☐ Non ☐ dans cet établissement ou en dehors ?

 Si oui, indiquez ses coordonnées :

2. Demande

Qui est à l'origine de la demande ?

Vous-même ☐

Revendeur ☐

Médecin ☐

Etablissement ☐

Autres ☐

Avez-vous déjà réalisé des essais de matériel ?

Précisez :

Non ☐

Oui ☐

Si oui, avec quel matériel ?

Si oui, avec quel revendeur ?

3. Motivation de la personne destinataire du matériel souhaité

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Environnement

Vous vivez

Seul ☐

En couple ☐

En famille ☐

En établissement ☐

Avez-vous une tierce personne qui intervient dans la journée ?

Oui ☐

Non ☐

Serez-vous accompagné(e) pour sortir ?

Systématiquement ☐

Occasionnellement ☐

Jamais ☐

Concernant votre logement

- Vivez-vous ? En appartement ☐

En maison individuelle ☐

- Etes-vous ? Propriétaire ☐

Locataire ☐

Si locataire : Parc privé ☐

Bailleur social ☐

- L'entrée de votre logement est-elle de plain-pied (sans ressaut) ? Oui ☐ Non ☐

- Y'a-t-il des marches à l'entrée ? Oui ☐ Combien ? Non ☐

- A quel étage est situé votre logement ?

- Y'a-t-il un ascenseur depuis le rez-de-chaussée ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelle en est la charge utile :kg ou nombre de personnes acceptées :

- Avez-vous un endroit pour stocker le véhicule à propulsion électrique ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, cet endroit dispose-t-il d'une alimentation électrique pour assurer le chargement du véhicule ?

Oui ☐ Non ☐

5. Bilan fonctionnel

Pouvez-vous faire quelques pas seul(e) ? Oui ☐ Non ☐

Avec une aide technique ☐

Laquelle ?

Avez-vous besoin d'aide pour vos changements de position (transferts) ? Oui ☐ Non ☐

Avec aide d'une tierce personne ☐

Avec aide d'un lève-personne ☐

Autres ☐

Avez-vous un fauteuil roulant ?

Manuel ☐

Lequel ?

Electrique ☐ Lequel ? Année d'acquisition :
Option(s) :

Questionnaire complété par :

Si vous n'êtes pas l'intéressé(e), quel est votre lien avec la personne ?

Questionnaire Médical

Merci de joindre une prescription médicale bilan ergothérapique à ce formulaire pour valider la demande ainsi que de faire remplir cette partie par votre médecin.

1. Pathologie motivant la demande

.....

.....

.....

2. Pathologies associées

Epilepsie	Oui ☐		Non ☐
Troubles cognitifs	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐
Troubles visuels / auditifs	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐
Troubles du langage	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐
Troubles respiratoires	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐
Troubles cardiovasculaires	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐
Troubles métaboliques	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐
Troubles cutanés	Oui ☐	Lesquels :	Non ☐

Fait à..... Le.....

Signature et Cachet

3. Matériel médical

Avez-vous déjà du matériel en place ? ☐ Oui ☐ Non (si oui, complétez le tableau ci-dessous)

	Marque et modèle	Taille de l'assise		Date d'acquisition	Revendeurs
		Largeur	Profondeur		
☐ Fauteuil roulant manuel					
☐ Fauteuil roulant manuel de confort					
☐ Fauteuil roulant électrique					
☐ Siège de bureau spécifique					
☐ Assise et/ou coussin d'assise					
☐ Dossier et/ou coussin de dossier					
☐ Cales					
☐ Ceinture et/ou harnais					
☐ Appui-tête					
☐ Corset siège					
☐ Fauteuil de salon releveur					
☐ Fauteuil/ siège coquille					
☐ Matelas de prévention d'escarres					
☐ Autre :					

Si vous avez un fauteuil roulant électrique, avez-vous une commande spéciale ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel type : ☐ Occipitale ☐ Mentonnière ☐ Joystick central ☐ Autre-Précisez :

4. Douleur, escarres et mobilité

Avez-vous des douleurs ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, localisation :

Parvenez-vous à soulager ces douleurs ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment ?

Avez-vous déjà eu des escarres ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, localisation ?

Quelle a été la durée de cicatrisation ?

Y-a-t-il eu un traitement chirurgical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de l'intervention

Avez-vous actuellement une ou des escarres ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, localisation ?

Date d'apparition :

Avez-vous actuellement des points d'appui douloureux ou des rougeurs ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, localisation ?

Temps passé en continu sur 24 heures :

	Jamais	Moins de 2 heures	Entre 2 et 6 heures	Entre 6 et 12 heures	Plus de 12 heures
Au lit	☐	☐	☐	☐	☐
Au fauteuil roulant manuel	☐	☐	☐	☐	☐
Au fauteuil roulant électrique	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐

Fait àle

Signature