

PRESCRIPTION D'UN FAUTEUIL ROULANT

☐ 1^{ère} demande☐ Renouvellement

Pour un fauteuil roulant en adéquation avec le handicap de votre patient :

☐ Manuel (possibilité de propulsion)☐ Location : mois☐ Electrique (impossibilité de propulsion)☐ Achat

PATIENT

IDENTITÉ

Numéro de couverture sociale :

Nom & Prénom(s) :

Date de naissance :

CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE

Longue Maladie
(LM)

☐

Maladie Chirurgie
(MC)

☐ Précisez :

Accident
du Travail (AT)

☐

MENSURATIONS

		Taille du patient (en cm)	
Largeur d'assise En cm, largeur du bassin en position assise (+ 2cm)	☐ 38 ☐ 40,5 ☐ 43 ☐ 45,5 ☐ 48 ☐ 50,5 ☐ 55,5	Observations (facultatif) :	
Profondeur d'assise En cm, du bord postérieur des fesses aux creux poplite (arrière du genou) en position assise (- 5cm)	☐ 40 ☐ 45 ☐ 50 ☐ Autre (à préciser)	Observations (facultatif) :	
Hauteur du dossier Est égale à la hauteur du coussin anti escarre + la hauteur du siège aux pointes des homoplates	☐ 38 ☐ 40 ☐ 42 ☐ 45 ☐ 48 ☐ 50 ☐ 55 ☐ Autre (à préciser)	Observations (facultatif) :	

AUTONOMIE ET INCAPACITÉ

Incapacité de marche	☐ Partielle ☐ Totale	Observations (facultatif) :	
Peut se propulser	☐ Oui ☐ Non	Observations (facultatif) :	
Activité physique	☐ Oui ☐ Non	Observations (facultatif) :	

PATHOLOGIE

Principale pathologie à l'origine des déficiences qui génèrent le besoin de VHP

- | | |
|--|---|
| ☐ Pathologie neuro-musculaire | ☐ Rhumatologie |
| ☐ Ortho-traumatologie | ☐ Cardio-vasculaires |
| ☐ Anomalies congénitales | |

HANDICAP ET INVALIDITÉ

Descriptif du handicap (obligatoire)

► FAUTEUIL ET ACCESSOIRES

Environnement et confort

Lieux principaux de déplacement	☐ Domicile ☐ Ecole ☐ Milieu professionnel ☐ Commerces	Observations <i>(facultatif) :</i>	
Autres utilisations	☐ Sport ☐ Voyages ☐ Vie en société	Observations <i>(facultatif) :</i>	

Accessoires

Dossier	☐ fixe	ou	☐ inclinable
Repose pieds	☐ avec sangles de mollets	ou	☐ sans sangle
Repose jambes (permet l'extension des membres inférieurs)	☐ oui	ou	☐ non
Appui-tête (si dossier inclinable)	☐ oui	ou	☐ non

Fait à

le

Cachet et signature du praticien