

Annexe : Dimensions – personne en triporteur ou quadriporteur

N° de dossier
P-
Autre

Nom, prénom		Date de naissance	Année	Mois	Jour

Informations sur le triporteur ou quadriporteur					
Marque et modèle de l'appareil :					
Année d'obtention	Provenance			Poids de l'appareil	Lieu de rangement
	<input type="checkbox"/> RAMQ	<input type="checkbox"/> Assurances privées	<input type="checkbox"/> Achat personnel		
Aide technique au positionnement ou équipement excédant le cadre					

Dimensions de l'appareil

Aires de manœuvre et de giration	
<p>Accès à 90 degrés, passage étroit (ex. : corridor – porte, balcon – barrière palière ou porte du domicile)</p>	<p>Aire de giration (tour complet)</p>

Renseignements sur l'ergothérapeute ou un autre professionnel de la santé						
Nom, prénom		Signature		Année	Mois	Jour
				Date		
Nom du lieu de travail			Adresse			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	Courriel	