

QUELS SONT VOS BESOINS?

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Avez-vous un traitement médical permanent? oui non

Si oui, le(s) quel(s)? (nous joindre la photocopie de votre ordonnance)

Poids : Taille.....

Régime alimentaire : oui non (joindre régime à suivre)

Problème de vue : oui non

Problème d'ouïe : oui non

Appareillage(s) : oui non

Si oui, le(s) quel(s)?

Difficultés d'élocution : oui non

Si oui, utilisez-vous des outils de communication particuliers?.....

Fauteuil roulant : oui non

Résistance à la fatigue : faible moyenne bonne

VIE QUOTIDIENNE :

	seul(e)	aide partielle	aide totale
Lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passage aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIMENSION FAUTEUIL :

Hauteur :

Largeur :

Profondeur :

Poids :

Désirez-vous emporter du matériel spécifique?

CODES AERIENS :

Pouvez-vous monter ou descendre des escaliers? oui (WCHR) non (WCHS)

Etes-vous totalement immobile? oui (WCHC) non

OBSERVATIONS : (N'hésitez pas à nous communiquer tout autre renseignement nécessaire)

.....

.....

.....

.....

.....