

B) INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Aide à la mobilité

1. Pouvez-vous marcher sur de courtes distances sans l'aide d'une personne ? Oui Non

2. Utilisez-vous une aide à la mobilité pour vos déplacements ?
(Fauteuil roulant, quadriporteur, ambulateur, ...)

Oui Non

Si oui:

- Est-ce un

Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	Modèle : _____
Fauteuil motorisé	<input type="checkbox"/>	Modèle : _____
Quadriporteur	<input type="checkbox"/>	Modèle : _____
Ambulateur	<input type="checkbox"/>	Modèle : _____
Autre	<input type="checkbox"/>	Modèle : _____

• Pouvez-vous passer seul(e) du siège de votre fauteuil au siège du conducteur, avec ou sans planche de transfert ? Oui Non

• Pouvez-vous placer seul(e) votre aide à la mobilité dans le véhicule ? Oui Non
Ne sais pas
À quel endroit ? _____

• Si vous possédez un fauteuil roulant motorisé :

- Devez-vous le transporter lors de vos déplacements ? Oui Non
- Pensez-vous devoir conduire assis dans votre fauteuil roulant motorisé ? Oui Non

• Y a-t-il un autre membre de votre famille qui utilise une aide à la mobilité ? Oui Non
Si oui, laquelle ? _____

Véhicule

3. Type de véhicule actuel :

Automobile : _____ Année : _____ Km : _____
Camionnette : _____ Année : _____ Km : _____
Véhicule utilitaire sport : _____ Année : _____ Km : _____

Transmission automatique Transmission manuelle

4. Prévoyez-vous acheter un nouveau véhicule dans la prochaine année ? Oui Non

5. Avez-vous déposé une demande de subvention pour une adaptation de véhicule au programme de l'aide matérielle de la SAAQ ? Oui Non

Si oui, à quelle date ? _____ / _____
Mois Année

C) AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ IMPLIQUÉS (ERGOTHÉRAPEUTE OU AUTRE):

1. Nom du professionnel : _____ Profession : _____

Nom de l'établissement : _____

Tél. : _____

2. Nom du professionnel : _____ Profession : _____

Nom de l'établissement : _____

Tél. : _____

D) DOCUMENTS REQUIS ET JOINTS À LA DEMANDE

1. Évaluation et/ou adaptation pour une personne détenant un permis de conduire:

Obligatoire :

- Rapport d'examen médical M 28

Complémentaires :

- Rapport d'examen visuel M 5 (**personne avec atteinte neurologique et / ou visuelle**)
 Rapport d'examen neurologique (M 14)
 Rapport d'évaluation neuropsychologique (**personne ayant subi un traumatisme cranio-cérébral**)
 Lettre de la SAAQ indiquant la nécessité d'une évaluation en ergothérapie
 Autres rapports professionnels (Outil d'évaluation multi clientèle, évaluation ergo ou physio, ...)

2. Adaptation passager

Obligatoire :

- Attestation médicale

Complémentaires :

- Autres rapports professionnels (Outil d'évaluation multIClientèle, évaluation ergo ou physio,...)

E) NOM DE LA PERSONNE AYANT COMPLÉTÉ LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION :

Nom : _____

Signature : _____

Document(s) d'informations aux clients reçu(s)

SVP faire parvenir ce formulaire au :

Programme d'évaluation à la conduite automobile et d'adaptation de véhicule

Tel : 450 688-5728

Fax : 450 688-5187

Révisé 08/2010