

**FORMULAIRE DE COMMANDE  
DE FAUTEUIL ROULANT ET DE POSITIONNEMENT  
SERVICES FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES**

**SECTION A RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT**

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Jour Mois Année

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° D'IDENTIFICATION DE SFC : \_\_\_\_\_

MÉDECIN : \_\_\_\_\_ N° D'ASSURANCE-MALADIE : \_\_\_\_\_

Le client a-t-il une protection d'assurance?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie et le numéro de la police \_\_\_\_\_

**SECTION B RENSEIGNEMENTS SUR LE MATÉRIEL**

Matériel utilisé actuellement : \_\_\_\_\_

Date de réception : \_\_\_\_\_ Qui a payé le matériel? \_\_\_\_\_ Pourquoi n'est-il plus approprié? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Matériel recyclable?  O  N

**Fauteuil roulant ou positionnement demandé** \_\_\_\_\_

**SECTION C RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Diagnostic et troubles médicaux : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pronostic (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION D ÉVALUATION DU CLIENT**

**Examen physique**

Poids : \_\_\_\_\_

	Limitations normales	Certaines limitations*	Non fonctionnel*	Commentaires * Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser la page 4.
Tête et cou				
Tronc				
Bassin				
Extrémités supérieures				
Extrémités inférieures				

Sensation				
Intégrité de la peau				
Tonus				

L'état du client est-il stable?  O  N Sinon, veuillez spécifier. \_\_\_\_\_

**Examen fonctionnel**

Comment le client se déplace-t-il à l'intérieur du domicile? \_\_\_\_\_ À l'extérieur du domicile? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui changerait avec le fauteuil roulant prescrit? \_\_\_\_\_

Le client peut-il se transférer sans aide?  O  N Sinon, veuillez expliquer le genre d'aide dont il a besoin. \_\_\_\_\_

**Essai du matériel**      **Le matériel a été fourni par :** \_\_\_\_\_

Le matériel prescrit a aidé le client avec ce qui suit :

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentation, autoalimentation   | <input type="checkbox"/> Sécurité                                   | <input type="checkbox"/> Mobilité               | <input type="checkbox"/> Maintien de l'amplitude des mouvements    |
| <input type="checkbox"/> Confort                          | <input type="checkbox"/> Maîtrise de la douleur                     | <input type="checkbox"/> Sécurité des soignants | <input type="checkbox"/> Prévention des contractures               |
| <input type="checkbox"/> Respiration                      | <input type="checkbox"/> Protection des articulations               | <input type="checkbox"/> Intégrité de la peau   | <input type="checkbox"/> Autonomie dans les activités quotidiennes |
| <input type="checkbox"/> Élimination des limitations      | <input type="checkbox"/> Participation aux activités fonctionnelles |   | <input type="checkbox"/> Tolérance accrue en position assise       |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez expliquer) _____ |   |   |  |

Pourquoi a-t-on choisi la marque et le modèle prescrits? Quelles sont les caractéristiques essentielles et pourquoi? \_\_\_\_\_

Le client ou le soignant est-il capable de faire fonctionner le matériel de la façon appropriée et en toute sécurité?

O  N Sinon, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

Le client a-t-il les aptitudes physiques et cognitives nécessaires pour utiliser ce matériel en toute sécurité et en toute autonomie?

O  N Sinon, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

Le client a-t-il fait l'essai du matériel recommandé chez lui?  O  N Sinon, veuillez décrire les mesures qui ont été prises pour s'assurer que le client pourra utiliser le matériel chez lui? \_\_\_\_\_

**Besoin de ce client en matière de mobilité :**

(Veuillez cocher une seule case, selon la Grille de prescription des appareils de mobilité)

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Base     | <input type="checkbox"/> Intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Complexe | <input type="checkbox"/> Spécial       |

### **Facteurs environnementaux**

Le client vit-il seul?  O  N Sinon, est-ce qu'on peut le laisser seul?  O  N Si oui, pendant combien d'heures par jour? \_\_\_\_\_ Le client a-t-il des accompagnateurs, des soignants ou des auxiliaires familiales?  O  N Si oui, pendant combien d'heures par jour? \_\_\_\_ heures. Avec quelles tâches ces personnes l'aident-elles? \_\_\_\_\_

Le client peut-il avoir accès à toutes les pièces nécessaires de son domicile avec ce fauteuil roulant?  O  N Sinon, veuillez expliquer les pièces auxquelles il n'a pas accès et pourquoi. \_\_\_\_\_

### **Utilisation prévue**

Ce fauteuil roulant répondra-t-il à tous les besoins du client en matière de mobilité?  O  N Quels sont les autres appareils de mobilité qu'il utilise régulièrement? \_\_\_\_\_

Combien souvent les utilise-t-il et pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pour combien de temps le client aura-t-il besoin du fauteuil roulant?

3 mois     6 mois     1 an     5 ans     période indéterminée

Le client utilisera le fauteuil roulant \_\_\_\_\_ heures par jour    **OU**    \_\_\_\_\_ heures par semaine

Veuillez cocher tous les réponses qui s'appliquent :

maison     école     rendez-vous chez le médecin     activités sociales à l'extérieur du domicile  
 travail ou activité professionnelle     autre (spécifier) \_\_\_\_\_

Le matériel est-il suffisamment durable et adaptable pour répondre aux besoins futurs du client?  O  N

Veuillez expliquer. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le fauteuil roulant devra-t-il être transporté?  O  N Si oui, par quel moyen? \_\_\_\_\_

### **\*\* Personnes âgées seulement \*\***

Le Programme de matériel de réadaptation à l'intention des personnes âgées, offert par la Croix-Rouge, fournit-il le matériel demandé?  O  N                      Date de vérification \_\_\_\_\_

### **SECTION E**

### **ANNEXES**

Proposition(s) de prix     Caractéristiques du matériel /bon de commande  
 Ordonnance du médecin (fauteuil roulant motorisé seulement)  Autre \_\_\_\_\_

#### **NOTES :**

**1) POUR ÉVITER LES DÉLAIS, VEUILLEZ VOUS ASSURER DE REMPLIR LE FORMULAIRE AU COMPLET.**

**2) DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES POURRAIENT ÊTRE NÉCESSAIRES DANS CERTAINS CAS.**



**SECTION G****CONSENTEMENT****(COPIE DES SERVICES DE SANTÉ)**

**CONCERNANT :** \_\_\_\_\_ **MATÉRIEL :** \_\_\_\_\_  
(Nom du client)

Je, \_\_\_\_\_, conviens des recommandations du professionnel de la santé soussigné et je l'autorise à communiquer les renseignements ci-joints au ministère des Services familiaux et communautaires, à Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick et à tout autre organisme susceptible d'aider à fournir le matériel prescrit.

Il est entendu et convenu que le prêt de matériel est assorti des conditions suivantes :

- 1) Je peux recevoir de l'équipement neuf ou recyclé.
- 2) Je m'engage à m'occuper du matériel selon les directives qui m'ont été fournies et à confier tous travaux de réparation et d'entretien à un technicien diplômé ou à un professionnel de la santé qualifié. \*
- 3) Je m'engage à utiliser le matériel d'une manière sécuritaire et à éviter tout usage abusif ou mauvais usage.
- 4) Lorsque le matériel ne sera plus nécessaire, je le retournerai à Timbres de Pâques N-B en vue de son recyclage.\*

\* Les réparations, l'entretien et l'expédition de cet article sont gratuits si vous détenez une carte d'assistance médicale du ministère des Services familiaux et communautaires et si les conditions décrites aux présentes sont respectées.

J'ai obtenu une copie du présent accord pour consultation future.

Signature du client, de la personne désignée, \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
du tuteur légal, du parrain ou de la  
directrice des soins infirmiers

Témoïn \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Veillez retourner le formulaire au complet aux :

Services de santé  
C.P. 5500, Fredericton (N.-B.) E3B 5G4  
Télécopieur : (506) 453-3960

-----  
**PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ TRAITANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées S.V.P.)

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date de soumission aux Services de santé \_\_\_\_\_ à Timbres de Pâques N-B \_\_\_\_\_

**SECTION H                      CONSENTEMENT                      (COPIE DU CLIENT)**

**CONCERNANT :** \_\_\_\_\_ **MATÉRIEL :** \_\_\_\_\_  
(nom du client)

Je, \_\_\_\_\_, conviens des recommandations du thérapeute soussigné et je l'autorise à communiquer les renseignements ci-joints au ministère des Services familiaux et communautaires, à Timbres de Pâques Marche Nouveau-Brunswick et à tout autre organisme susceptible d'aider à fournir le matériel prescrit.

Il est entendu et convenu que le prêt de matériel est assorti des conditions suivantes :

- 1) Je peux recevoir de l'équipement neuf ou recyclé.
- 2) Je m'engage à m'occuper du matériel selon les directives qui m'ont été fournies et à confier tous travaux de réparation et d'entretien à un technicien diplômé ou à un ergothérapeute.\*
- 3) Je m'engage à utiliser le matériel d'une manière sécuritaire et à éviter tout usage abusif ou mauvais usage.
- 4) Lorsque le matériel ne sera plus nécessaire, je le retournerai à Timbres de Pâques N-B en vue de son recyclage.\* (Pour avoir plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'organisme en composant le 1 888 280-8155.)

\* Les réparations, l'entretien et l'expédition de cet article sont gratuits si vous détenez une carte d'assistance médicale du ministère des Services familiaux et communautaires et si les conditions décrites aux présentes sont respectées.

J'ai obtenu une copie du présent accord pour consultation future.

Signature du client, de la personne désignée, \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
du tuteur légal, du parrain ou de la  
directrice des soins infirmiers

Témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

