

**WHEELCHAIR PRESCRIPTION / PRESCRIPTION DE FAUTEUIL ROULANT**

|                                     |                                  |                                   |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Client name/Nom du client:          |                                  | Medicare # D'assurance-maladie    |
|                                     |                                  | ID # (healthcard)/Identification: |
| Chair size/Taille de la chaise:     | Seat width/Largeur du siège:     |                                   |
|                                     | Seat depth/Profondeur du siège:  |                                   |
|                                     | Seat height/Taille du siège:     |                                   |
|                                     | Leg length/Longueur de la jambe: |                                   |
| Frame style/Modèle de la Charpente: |                                  |                                   |
| Drive/Commande:                     |                                  |                                   |
| Arms/Bras:                          | Style/Modèle:                    |                                   |
|                                     | Height/Taille:                   |                                   |
| Back/Dos:                           | Style/Modèle:                    |                                   |
|                                     | Height/Taille:                   |                                   |
| Front rigging/Repose-pied:          |                                  |                                   |
| Wheels/Roues:                       | Castors/Roulettes:               |                                   |
|                                     | Rear/Arrière:                    |                                   |
|                                     | Tires/Pneus:                     |                                   |
|                                     | Handrims/Jante à main:           |                                   |
| Wheel locks/Blocages de roues:      |                                  |                                   |
| Cushion/Coussin:                    |                                  |                                   |
| Accessories/Accessoires:            |                                  |                                   |

**OTHER INFORMATION / D'AUTRES INFORMATIONS**

|      |                       |
|------|-----------------------|
|      |                       |
|      |                       |
|      |                       |
|      |                       |
| Date | Therapist/Therapeute: |
|      | Telephone/Téléphone:  |