

# ATTESTATION D'ESSAI (destinée au Médecin Conseil)

FAUTEUIL ROULANT A PROPULSION PAR MOTEUR ELECTRIQUE  
DISPOSITIF PAR PROPULSION ELECTRIQUE D'UN FAUTEUIL, ROULANT MANUEL,  
ASSISTANCE ELECTRIQUE A LA PROPULSION  
FAUTEUIL ROULANT VERTICALISATEURS ou DISPOSITIF ELECTRIQUE DE VERTICALISATION  
SCOOTER ELECTRIQUE MODULAIRE  
FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE MONTE-MARCHES

L'assuré(e) NOM, PRENOM :

(Suivi, s'il y a lieu du nom de d'épouse)

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse :

Le bénéficiaire NOM : PRENOM :

(S'il n'est pas l'assuré)

Date de naissance \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident causé par un tiers ?

OUI

NON

(si oui préciser la date)

\* Pathologie et topographie de l'atteinte

Objet de la demande :

FAUTEUIL ROULANT A PROPULSION PAR MOTEUR ELECTRIQUE	FAUTEUIL ROULANT VERTICALISATEURS ou DISPOSITIF ELECTRIQUE DE VERTICALISATION
DISPOSITIF PAR PROPULSION ELECTRIQUE D'UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL	SCOOTER ELECTRIQUE MODULAIRE
ASSISTANCE ELECTRIQUE A LA PROPULSION	FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE MONTE-MARCHES

1<sup>ère</sup> Attribution

Renouvellement

Année dernière attribution \_\_\_\_\_

Quels sont les VHP pris en charge à la L.P.P.R. dont dispose actuellement le patient ?

## ⚡ Contraintes environnementales

Existe-t-il des contraintes environnementales justifiant un dispositif électrique ?

OUI  NON

Si oui, lesquelles

---

Les contraintes environnementales sont-elles compatibles avec l'utilisation du dispositif ?

OUI  NON

Dans le cas d'un dispositif pour tierce personne, la situation et l'environnement rendent-elles impossible de manière intermittente ou définitive, la propulsion par l'accompagnant ?

OUI  NON

Y a-t-il sur le lieu de vie des possibilités de stockage et de recharge du dispositif ?

OUI  NON

De longs trajets (urbains ou ruraux) sont-ils nécessaires à la réalisation du projet de vie de la personne ?

OUI  NON

Le dispositif est-il compatible avec le fauteuil roulant manuel sur lequel il sera adapté ?

OUI  NON

Le fauteuil nécessite-t-il des adaptations particulières ?

Type d'assise : \_\_\_\_\_ type de commande : \_\_\_\_\_  
Lesquelles \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## A compléter pour la verticalisation

Après élimination d'éventuelles contre-indications : cardio-vasculaires, cutanées, orthopédiques...

Le patient possède-t-il d'autres dispositifs de verticalisation ?

OUI  NON

Lesquelles

---

Mode de propulsion :

Manuel  Electrique

Mode de verticalisation :

Manuel  Electrique   
Seul  par tierce personne

Si verticalisation électrique, quelles en sont les indications ?

---

---

### Evolutivité de l'affection

Dans le cas d'une pathologie évolutive et de la prescription d'un scooter, est-il envisagé d'avoir recours à un fauteuil électrique dans l'année qui suit ?

OUI

NON

### Incapacités

Peut-il faire quelques pas ?

Au domicile :

OUI

NON

Avec aide  précisez laquelle : \_\_\_\_\_

A l'extérieur

OUI

NON

Avec aide  précisez laquelle : \_\_\_\_\_

Peut-il se propulser en fauteuil roulant manuel adapté ?

Au domicile :

OUI

NON

A l'extérieur

OUI

NON

A-t-il des pathologies associées limitant ou contre indiquant (à préciser) la propulsion d'un fauteuil roulant manuel ?

OUI

NON

Lesquelles  
\_\_\_\_\_

A-t-il un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire le dispositif ?

OUI

NON

A-t-il un équilibre suffisant pour maintenir la position assise sans aide technique à la posture ?

OUI

NON

Peut-il effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité ?

OUI

NON

A-t-il les capacités cognitives lui permettant de maîtriser la conduite du dispositif ?

OUI

NON

Dans le cas d'un dispositif pour tierce personne, les capacités physique et cognitives de l'aidant permettent-elles d'assurer la parfaite maîtrise du dispositif ?

OUI

NON

## \* Essais

Date de l'essai  Structure ayant fait l'essai : \_\_\_\_\_

Identification du praticien de médecine physique et réadaptation responsable de l'essai :

---

Identification de l'auxiliaire médical ayant supervisé la réalisation des essais :

---

---

Désignation du produit et ses caractéristiques essentielles

---

---

Les essais ont-ils été réalisés dans l'environnement ? OUI  NON

Pendant une durée nécessaire et suffisante ? OUI  NON

Evaluation de l'apport de l'utilisation du dispositif pour répondre au projet de vie et compte-rendu de l'essai :

## \* Le médecin responsable de l'essai :

-Atteste l'adéquation du véhicule prescrit aux situations de handicap du patient et à son environnement OUI  NON

-Atteste que les capacités cognitives et perceptives lui permettent de maîtriser la conduite d'un fauteuil roulant électrique ou d'un dispositif par propulsion électrique d'un fauteuil roulant manuel ou de maîtriser le dispositif de verticalisation.

OUI  NON

-Atteste que les capacités de la personne aidant lui permettent d'assurer la maîtrise du dispositif d'assistance au franchissement d'escalier ou d'un dispositif par propulsion électrique d'un fauteuil roulant manuel.

OUI  NON

Identification du Médecin de Médecine Physique et Réadaptation (*cachet signature*)

Date