

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROTHÈSE DE MEMBRE

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
ADRESSE	VILLE, VILLAGE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE LA CARTE D'ASSISTANCE MÉDICALE	COUVERTURE D'UNE ASSURANCE PRIVÉE?	
	Oui Non	Montant de la couverture

MÉDECIN

Médecin		Signature	
Spécialité/titre		Date	
Niveau de l'amputation		Ordonnance	
Gauche Droite	Partielle du pied Transtibiale		
Supérieur Inférieur	Désarticulation de cheville Transfémorale		
	Transradiale Transhumérale		

FOURNISSEUR DE SERVICES

Fournisseur de services	Numéro du fournisseur de services	
Nom du prothésiste agréé	N° de télécopieur	Adresse électronique

DEMANDE DE PROTHÈSE DE MEMBRE

Type de demande	Initiale Remplacement	Date d'évaluation	Jour	Mois	Année
Principal moyen de déplacement (50 % du temps ou plus) – uniquement les amputés d'un membre inférieur	Marche Fauteuil roulant	Le client est-il motivé à respecter l'utilisation et l'entretien prévus de la prothèse?	Oui	Non	
Niveau fonctionnel attendu avec la prothèse	<p>Niveau 0 – Le client n'a pas la capacité ou le potentiel d'effectuer des déplacements ou des transferts en sécurité, avec ou sans assistance, et la prothèse n'améliorerait pas son niveau de mobilité.</p> <p>Niveau 1 – Le client a la capacité ou le potentiel d'utiliser une prothèse pour effectuer des transferts ou des déplacements sur une surface plane et à cadence fixe.</p> <p>Niveau 2 – Le client a la capacité ou le potentiel de se déplacer avec la possibilité de franchir des obstacles environnementaux de faible niveau, comme les trottoirs, les escaliers ou les surfaces inégales.</p> <p>Niveau 3 – Le client a la capacité ou le potentiel de se déplacer à cadence variable et peut franchir la plupart des obstacles environnementaux dans le cadre de ses activités de la vie quotidienne.</p> <p>Niveau 4 – Le client a la capacité ou le potentiel d'utiliser une prothèse pour des besoins qui dépassent la simple locomotion, qui comportent de forts impacts ou demandent une grande énergie.</p> <p>Niveau 5 – Le client a la capacité d'améliorer son corps pour se préparer à ses capacités fonctionnelles futures.</p> <p>Niveau 6 – Le client a la capacité de se servir de la prothèse pour accomplir des activités manuelles fondamentales, généralement requises pour soulever des objets, les stabiliser ou les tenir entre deux extrémités.</p> <p>Niveau 7 – Le client fait preuve d'un niveau fonctionnel supérieur avec la prothèse, qui lui permet d'accomplir des tâches manuelles sophistiquées, comme saisir et lâcher, positionner l'appareil terminal ou le remplacer par un autre.</p>				
Utilisation prévue (fréquence, activités, etc.)					

Description détaillée de la prothèse (caractéristiques, matériaux, etc.)

--

Renseignements relatifs à la garantie	
---------------------------------------	--

**MODIFICATIONS ET RÉPARATIONS**

Type de demande	Modification	Réparation	Fournitures
Description détaillée de la modification ou de la réparation (matériaux, raison, etc.)			
Renseignements relatifs à la garantie			

**FOR OFFICE USE ONLY | À USAGE INTERNE SEULEMENT**

- APPROVED       PENDING INFORMATION, SEE COMMENT BELOW       REFUSED, SEE COMMENTS BELOW  
 APPROUVÉE     ATTENTE D'INFORMATION, VOIR COMMENTAIRE CI-DESSOUS     REFUSÉE, VOIR COMMENTAIRES CI-DESSOUS

Comments / Commentaires :

Administrator / Administrateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_