|  |
| --- |
| **TO:** |
|  | **FOURNISSEUR** | **TÉLÉCOPIEUR** |
|[ ]  Embracor Medical  | 506-854-2548 |
|[ ]  Harding Medical, Moncton | 506 855-5113 |
|[ ]  Lawtons Home Health Care, Moncton | 506-855-1838 |
|[ ]  Lawtons Home Health Care, Saint Jean | 506 657-9742 |
|[ ]  Ortho M L | 506-759-1094 |
|[ ]  Restair | 506 684-5345 |
|[ ]  Tango Medical, Fredericton | 506 452-7449 |
|[ ]  Tango Medical, Moncton | 506 855-8843 |
|[ ]  Tango Medical, Saint John | 506 634-7404 |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENT SUR LE CLIENT** |
| Nom du client |       | No de téléphone |       |
| Adresse complète: |       |
| No de la carte de santé |       | Date d’expiration: |       |       |       |
|  |  |  | JJ | MM | AAAA |
| **RENSEIGNEMENTS DE LA DEMANDE** |
| **Date:**  | JJ | MM | AAAA |  |[ ]  **URGENTE** |[ ]  **PAS URGENTE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|[ ]  Équipement d’évaluation |[ ]  Devis |[ ]  Demande modifiéeDate:       |
| Équipements similaires acceptables pour les articles demandés ci-dessous? | Demande de partage des couts? |
|[ ]  Oui (*Téléphoner pour en discuter avec le thérapeute.)* |[ ]  Non |[ ]  Oui |[ ]  Non |
| **Spécifications du fauteuil roulant** |
| Fauteuil manuel |[ ]  Pliant |[ ]  Rigide |[ ]  À bascule |
|  | Nom du modèle:       |[ ]  Standard |[ ]  Hémi |
| Fauteuil motorisé |[ ]  Roues motrices avant |[ ]  Roues motrices centrale |[ ]  Roues motrices arrière |
|  | Nom du modèle:       |
|  |[ ]  Positionnement motorisé:       |
|  |[ ]  Assistance motorisé:       |
|  |[ ]  Type de commande:       |
| Taille du fauteuil | Largeur du siège:  |       | Profondeur du siège:       |
|  | Hauteur siège-sol:       |
|  |[ ]  Avec le coussin |[ ]  Sans le coussin |
|  | Type d’appui-pieds:       |
|  | Longeur de la jambe:       |
| Coussin | Taille:       |
|  | Type de coussin: |       |
|  | 2ëme housse de coussin demandé? |[ ]  Oui |[ ]  Non |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Nom du client |  | No de la carte : |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dossier | Largeur:       | Hauteur: |       |
| Modèle:       |
| Arms | Style:       |
| Hauteur:       |
| Roues | Roues avant:       |
| Arrière:       |
| Type de pneu: |       |
| Type de cerceau: |       |
| Freins |       |
| Accessoires de positionnement |       |
| Autres / Information de montage et de livraison |       |

|  |
| --- |
| **Équipement de convalescence** |
| Type d’équipement | Spécifications: (marque/taille/caractéristiques) |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE THÉRAPEUTE** |
| Nom:  |       | Location: |       |
| Téléphone |       | Télécopier:  |       |
| Courriel |       |
| Méthode de communication préférée: |[ ]  Courriel |[ ]  Téléphone |[ ]  Un ou l’autre |