

Nom, Prénom :		
Sexe :	F	M
N.A.M. :	Exp. : ( )	
D.D.N. (a/m/j) :		
No de dossier :		

## DEMANDE D'UNE AIDE À LA MARCHÉ

ADULTE       PÉDIATRIE

INFORMATION SUR L'USAGER	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone résidence :	Tél. en cas d'urgence :
Diagnostic :	

ÉVALUATION DE LA MARCHÉ ET JUSTIFICATION DU REMPLACEMENT SI REQUIS :

SPÉCIFIEZ L'AIDE À LA MARCHÉ       1<sup>ère</sup> aide à la marche       Remplacement d'une aide à la marche

TYPE DE MARCHETTE – PÉDIATRIE : Indiquer la dimension et tous les accessoires

TYPE DE MARCHETTE – ADULTE : Indiquer la hauteur poignet/sol pour l'ajustement \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Petit junior (26" à 30")	<input type="checkbox"/> Avec roues	<b>CANNE QUADRIPODE</b>	
<input type="checkbox"/> Junior (29" à 33")	<input type="checkbox"/> Avec skis		<input type="checkbox"/> Base étroite <input type="checkbox"/> Base large
<input type="checkbox"/> Adulte (33" à 37")	<input type="checkbox"/> Sans roues	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche (29" à 38")	
<input type="checkbox"/> Adulte plus (37" à 41")	<input type="checkbox"/> Avec roues auto bloquantes	<b>MARCHETTE HÉMI:</b>	
<input type="checkbox"/> Bariatrique avec banc (C.S.)	<input type="checkbox"/> Support antébrachial		<input type="checkbox"/> Junior (29" à 33") <input type="checkbox"/> Adulte (32" à 36")
<input type="checkbox"/> Guardian plus (32" à 39")	<input type="checkbox"/> Roues multidirectionnelles (C.S.)		<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> TFI (C.S.) (31½" à 41¾")	<input type="checkbox"/> Alourdie (C.S.)		

Je mandate le CMR afin qu'il réclame en mon nom à la R.A.M.Q. les frais de l'aide technique que je reconnais avoir reçue (décrite ci-dessus).

À défaut d'être un bénéficiaire au sens de la loi et des règlements de la R.A.M.Q., je m'engage à payer les coûts de l'aide technique (décrite ci-dessus).

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant :	Fonction :
Établissement :	Téléphone :
*Nom du médecin spécialiste prescripteur :	

\*Requis seulement lors du 1<sup>er</sup> octroi ou du remplacement pour un nouveau modèle.

