Nom de l'utilisateur : Date :

Test effectué préalablement à la consultation d’une équipe multidisciplinaire : [ ]  Oui [ ]  Non

**Aide à la mobilité :** [ ]  Voiturette électronique [ ]  Scooter électronique

 [ ]  Intérieur [ ]  Intérieur

 [ ]  Intérieur-extérieur [ ]  Intérieur-extérieur

 [ ]  Extérieur [ ]  Extérieur

**Modèle(s) testé(s) :**

**Motivation du choix :**

**Testé :** [ ]  À la maison [ ]  En institution [ ]  Au travail [ ]  Ailleurs :

**Description de l’utilisateur :** [ ] Première utilisation [ ]  Utilisateur expérimenté

 Fonction de la main [ ]  Insuffisante [ ]  Suffisante [ ]  Bonne [ ]  Pas d'application

 Autres possibilités de conduite :

 Aptitude à la conduite [ ]  Insuffisante [ ] Suffisante [ ] Bonne

 Compréhension de l'utilisation [ ]  Insuffisante [ ]  Suffisante [ ]  Bonne

 Aptitude en matière de circulation [ ]  Insuffisante [ ] Suffisante [ ] Bonne

 Transferts [ ]  Autonome [ ]  Avec assistance

 Chargement de l’appareil [ ]  Autonome [ ]  Avec assistance

**Objectif d'utilisation :** [ ]  À la maison [ ]  À l'extérieur [ ]  Courtes distances [ ]  Longues distances

 [ ]  Vie sociale / temps libre [ ]  Courses [ ]  Travail/formation

**Fréquence d'utilisation :** [ ]  Permanente [ ]  Quotidienne [ ]  Plusieurs jours par semaine

**Durée d'utilisation :** [ ]  Pendant de courtes périodes [ ]  Pendant de longues périodes

**Accessibilité au logement :** [ ]  Avec l'aide de tiers [ ]  Autonome [ ]  Via garage/porte

**Peut ranger l’appareil :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Spécifications de l’habitation :**

**Remarques supplémentaires :**

**Remarques de l'utilisateur (facultatif) :**

*Nom + Signature du dispensateur de soins*

*N° d'agrément :*