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 :*