ANNEXE 4

FICHE D'EVALUATION des BESOINS et de SUIVI

la personne handicapée utilisatrice	Nom, prénom _____
le prestataire	Nom de la Société _____ N° de SIRET _____ contact _____ adresse _____ - _____ téléphone _____ fax _____
le prescripteur	Nom, prénom _____ adresse _____ - _____ téléphone _____ fax _____ généraliste <input type="checkbox"/> spécialiste <input type="checkbox"/> _____
médecin MPR	Nom, prénom _____ adresse _____ - _____ téléphone _____ fax _____ sollicité le _____ par _____ essai réalisé le _____ certificat d'adéquation remis le _____
ergothérapeute <input type="checkbox"/> kinésithérapeute <input type="checkbox"/> obligatoire pour un achat de VPH à propulsion électrique ou verticalisateur	Nom, prénom _____ adresse _____ - _____ téléphone _____ fax _____ date _____

La demande de la personne handicapée utilisatrice (ou du responsable légal)
<u>Où prévoyez-vous d'utiliser le VPH ?</u>
- à l'intérieur, au domicile :	non prévu <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> régulièrement <input type="checkbox"/> _____
- dans un établissement :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> _____
contraintes particulières :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> _____
- à l'extérieur :	non prévu <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> régulièrement <input type="checkbox"/> _____
contraintes particulières :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> _____
observations :
<u>Doit-il être transporté dans une voiture ?</u>
non prévu <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> régulièrement <input type="checkbox"/> _____
modèle : _____ contraintes particulières : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> _____
équipement particulier déjà acquis : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> _____
observations :

La mise en situation sur le lieu de vie (noter l'essai le plus concluant)
validée par _____
VPH prêté du _____ au _____ marque, modèle _____ N° de série, N° d'ordre _____ options et adjonctions : _____ _____ _____	observations :

1- le VPH est-il compatible avec l'environnement ?	2- la personne utilisatrice est-elle capable de le manœuvrer ?
le VPH peut-il passer à l'intérieur de l'appartement ? tout à fait <input type="checkbox"/> quelques difficultés <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	la personne utilisatrice peut-elle le manœuvrer à l'intérieur ? tout à fait <input type="checkbox"/> quelques difficultés <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
peut-il aller jusqu'à la rue ? tout à fait <input type="checkbox"/> quelques difficultés <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	peut-elle accéder seule à la rue ? tout à fait <input type="checkbox"/> quelques difficultés <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
permet-il de se déplacer dans son quartier ? tout à fait <input type="checkbox"/> quelques difficultés <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	peut-elle cheminer seule dans son quartier ? tout à fait <input type="checkbox"/> quelques difficultés <input type="checkbox"/> difficilement <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
observations : <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>	observations : <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>

3- caractéristiques du VPH retenu à l'issue des essais	4- l'installation est-elle conforme aux besoins du patient ?
<u>système de soutien du corps :</u> standard <input type="checkbox"/> accessoires <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> souple <input type="checkbox"/> rigide <input type="checkbox"/> coussin de siège <input type="checkbox"/> coussin de dossier <input type="checkbox"/> dossier inclinable <input type="checkbox"/> dossier pliant <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	Modèle retenu : <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>
<u>roues :</u> avant : motrices <input type="checkbox"/> pneus <input type="checkbox"/> bandages <input type="checkbox"/> arrière : motrices <input type="checkbox"/> pneus <input type="checkbox"/> bandages <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	Modifications à effectuer : <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>
<u>châssis :</u> pliant <input type="checkbox"/> rigide <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	Vérifications à la livraison : <ul style="list-style-type: none"> • largeur du siège adaptée <input type="checkbox"/> • profondeur du siège adaptée <input type="checkbox"/> • hauteur des repose-pied adaptée <input type="checkbox"/> • hauteur des accoudoirs adaptée <input type="checkbox"/> • hauteur et inclinaison du dossier adaptées <input type="checkbox"/>
<u>système de propulsion manuelle</u> <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> hémiplégique <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	autres paramètres : <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/>
<u>système de propulsion électrique</u> <input type="checkbox"/> programmable <input type="checkbox"/> type : <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> adaptations du manipulateur <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> paramètres <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> commande tierce-personne <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>	Précisions particulières : <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>
Conseils pour le transport en voiture : <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>

Acquisition du VPH
envoi du dossier complet à l'organisme d'Assurance Maladie par : l'assuré <input type="checkbox"/> le prestataire <input type="checkbox"/> date <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> accord reçu le <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>
financements complémentaires demandés : Sécurité Sociale : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Autres : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> <div style="background-color: yellow; height: 40px; width: 100%;"></div>
date de commande <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> tiers payant <input type="checkbox"/> date de livraison <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div> mise en service effectuée par <div style="background-color: yellow; height: 20px; width: 100%;"></div>

signature du prestataire :

signature de l'assuré :