

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 ☐ spécialiste ☐ _____
médecin MPR	Nom, prénom _____ adresse _____ - _____ téléphone _____ fax _____ sollicité le _____ par _____ essai réalisé le _____ certificat d'adéquation remis le _____
ergothérapeute ☐ kinésithérapeute ☐ 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 ☐ occasionnellement ☐ régulièrement ☐ _____
- dans un établissement :	non ☐ oui ☐ _____
contraintes particulières :	non ☐ oui ☐ _____
- à l'extérieur :	non prévu ☐ occasionnellement ☐ régulièrement ☐ _____
contraintes particulières :	non ☐ oui ☐ _____
observations :	
<u>Doit-il être transporté dans une voiture ?</u>	
non prévu ☐ occasionnellement ☐ régulièrement ☐ _____	
modèle : _____ contraintes particulières : non ☐ oui ☐ _____	
équipement particulier déjà acquis : non ☐ oui ☐ _____	
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 ? le VPH peut-il passer à l'intérieur de l'appartement ? tout à fait ☐ quelques difficultés ☐ difficilement ☐ peut-il aller jusqu'à la rue ? tout à fait ☐ quelques difficultés ☐ difficilement ☐ permet-il de se déplacer dans son quartier ? tout à fait ☐ quelques difficultés ☐ difficilement ☐ observations :	2- la personne utilisatrice est-elle capable de le manœuvrer ? la personne utilisatrice peut-elle le manœuvrer à l'intérieur ? tout à fait ☐ quelques difficultés ☐ difficilement ☐ peut-elle accéder seule à la rue ? tout à fait ☐ quelques difficultés ☐ difficilement ☐ peut-elle cheminer seule dans son quartier ? tout à fait ☐ quelques difficultés ☐ difficilement ☐ observations :
---	--

3- caractéristiques du VPH retenu à l'issue des essais <u>système de soutien du corps :</u> standard ☐ accessoires ☐ souple ☐ rigide ☐ coussin de siège ☐ coussin de dossier ☐ dossier inclinable ☐ dossier pliant ☐ <u>roues :</u> avant : motrices ☐ pneus ☐ bandages ☐ arrière : motrices ☐ pneus ☐ bandages ☐ <u>châssis :</u> pliant ☐ rigide ☐ <u>système de propulsion manuelle</u> ☐ standard ☐ hémiplégique ☐ <u>système de propulsion électrique</u> ☐ programmable ☐ type : ☐ adaptations du manipulateur ☐ paramètres ☐ commande tierce-personne ☐ 	4- l'installation est-elle conforme aux besoins du patient ? Modèle retenu : Modifications à effectuer : Vérifications à la livraison : • largeur du siège adaptée ☐ • profondeur du siège adaptée ☐ • hauteur des repose-pied adaptée ☐ • hauteur des accoudoirs adaptée ☐ • hauteur et inclinaison du dossier adaptées ☐ autres paramètres : • ☐ • ☐ Précisions particulières : Conseils pour le transport en voiture :
--	---

Acquisition du VPH	
envoi du dossier complet à l'organisme d'Assurance Maladie par : l'assuré ☐ le prestataire ☐ date accord reçu le	
financements complémentaires demandés : Sécurité Sociale : non ☐ oui ☐ Autres : non ☐ oui ☐	
date de commande tiers payant ☐ date de livraison mise en service effectuée par	

signature du prestataire :

signature de l'assuré :