|  |  |
| --- | --- |
| GOUV_SIP | **Essai d’une aide technique motorisée pour un demandeur séjournant en établissement à séjour continu**  **Mail :** [**helpline.at.lo@ad.etat.lu**](mailto:helpline.at.lo@ad.etat.lu) |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION** | |
| Nom et Prénom |  |
| Taille |  |
| Poids |  |
| Matricule |  |
| Nom et Prénom de l’aidant (si nécessaire) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJET** | | | | |
| Aide technique |  | | | |
| Objectif de la mise à disposition |  | | | |
| Essai réalisé par (nom, prénom et fonction du thérapeute) |  | | | |
| E-mail ou téléphone du thérapeute |  | | | |
| Date |  | | | |
| Présence du SMA |  | OUI |  | NON |

|  |  |
| --- | --- |
| **DÉROULEMENT DE L’ESSAI** | |
| Capacités physiques et cognitives du demandeur   * + Vision   + Attention   + Concentration   + Exécution des instructions   + … |  |
| Capacités physiques et cognitives de l’aidant |  |
| Selon l’aide technique concernée, merci de se prononcer sur :   * + Réalisation des transferts   + Manipulation du joystick   + Conduite sur terrain plat (avancer, reculer, freiner, passer une porte, …)   + Evitement des obstacles, des personnes, utilisation de l’ascenseur, … |  |

|  |
| --- |
| **DIFFICULTÉS / ADAPTATIONS À RÉALISER** |
|  |

|  |
| --- |
| **Donnees concernant l’aide technique** |
| Ensemble de propulsion manœuvré par joystick et/ou accompagnateur (type E-fix):   Fauteuil roulant adapté est disponible  Fauteuil roulant adapté doit être fourni  Ensemble de propulsion manœuvré par les mains courante (type E-motion):   Fauteuil roulant adapté est disponible  Fauteuil roulant adapté doit être fourni  Système de propulsion pour accompagnateur (type Viamobil):   Fauteuil roulant adapté est disponible  Fauteuil roulant adapté doit être fourni  Fauteuils roulants électriques d'extérieur (non pliables)  Scooter à quatre roues |
| Mesures du fauteuil roulant :   * Largeur d’assise : * Profondeur d’assise : * Hauteur d’assise : * Hauteur dossier :   Joystick rabattable :  à droite  à gauche  Adaptations nécessaires, options (appui-tête, sangles, pelottes, fixations pour le transport, …) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Essai concluant** | | | |
|  | OUI |  | NON |