CMR CENTRE MONTÉRÉGIEN DE RÉADAPTATION
Innovant, dynamique et humain

Nom, Prénom :	
Sexe :	**F** ☐ **M** ☐
N.A.M. :	**Exp. : ( )**
D.D.N. (a/m/j) :	
No de dossier :	

DEMANDE D'UNE AIDE À LA MARCHE

☐ ADULTE ☐ PEDIATRIE

INFORMATION SUR L'USAGER	
Adresse :	
Téléphone résidence :	Tél. en cas d'urgence :
Diagnostics :	

EVALUATION DE LA MARCHE ET DU BESOIN DE L'AIDE A LA MARCHE RECOMMANDEE :

JUSTIFICATION POUR DEMANDE PARTICULIÈRE (joindre une lettre au besoin)

☐ APPAREIL SOUS CONSIDERATIONS SPECIALES (CS) ☐ 2e APPAREIL ☐ REMPLACEMENT

TYPE D'AIDE À LA MARCHE : Indiquer la hauteur pour l'ajustement : _____

MARCHETTE STANDARD
- ☐ Petit junior (26" à 30")
- ☐ Junior (29" à 33")
- ☐ Adulte (33" à 37")
- ☐ Adulte plus (37" à 41")

COMPOSANTS POUR MARCHETTE
- ☐ Avec roues et skis
- ☐ Sans roues
- ☐ Support antébrachial ☐ D ☐ G
- ☐ Autre : _____

CANNE QUADRIPODE (29'' à 38'')
- ☐ Base étroite ☐ Base large
- ☐ Droite ☐ Gauche

MARCHETTE CS (préciser grandeur et modèle particulier au besoin)
- ☐ Bariatrique (C.S.) :
- ☐ Alourdie (C.S.) :
- ☐ Autre (C.S.) **:**

À justifier ci-haut

MARCHETTE PÉDIATRIQUE CS
- Modèle :
- Grandeur :
- Accessoires :

À justifier ci-haut

MARCHETTE HÉMI
- ☐ Junior (29" à 33")
- ☐ Adulte (32" à 36")
- ☐ Droite ☐ Gauche

BÉQUILLES
- ☐ D'avant-bras ☐ Axillaires
- ☐ Junior ☐ Adulte ☐ Adulte **+**

Je mandate le CMR afin qu'il réclame en mon nom à la R.A.M.Q. les frais de l'aide technique que je reconnais avoir reçue (décrite ci-dessus). À défaut d'être admissible à une marchette de la R.A.M.Q., je m'engage à payer les coûts de l'aide technique.

Signature de l'usager : _____ **Date** : _____

Signature de l'intervenant : **Fonction** : ☐ ergothérapeute ☐ physiothérapeute **Date** :

Établissement : **Téléphone** :

*Nom du médecin spécialiste prescripteur :

***** *Requis seulement lors du 1er octroi ou du remplacement pour un nouveau modèle*