

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'UNE AIDE À LA MARCHÉ

Adulte  Pédiatrie

INFORMATION SUR L'USAGER	
Adresse : _____	
N° civique	Rue
Ville : _____	Code postal : _____
App.	
Téléphone : _____	_____
Résidence	
En cas d'urgence	
Diagnostics (Source : type de document, endroit, nom md, date) _____	
_____	

ÉVALUATION DE LA MARCHÉ ET DU BESOIN DE L'AIDE À LA MARCHÉ RECOMMANDÉE
<input type="checkbox"/> Usage quotidien pour plus de 12 mois (obligatoire pour l'attribution d'une aide RAMQ)

JUSTIFICATION POUR DEMANDE PARTICULIÈRE (joindre une lettre au besoin)
<input type="checkbox"/> Appareil sous considérations spéciales (CS) <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> appareil <input type="checkbox"/> Remplacement

TYPE D'AIDE À LA MARCHÉ		
Indiquer la hauteur pour l'ajustement :		
<b>Marchette standard</b> <input type="checkbox"/> Petit junior (26" à 30") <input type="checkbox"/> Junior (29" à 33") <input type="checkbox"/> Adulte (33" à 37") <input type="checkbox"/> Adulte plus (37" à 41")	<b>Composants pour marchette</b> <input type="checkbox"/> Avec roues et skis <input type="checkbox"/> Sans roues <input type="checkbox"/> Support antébrachial <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Canne quadripode (29" à 38")</b> <input type="checkbox"/> Base étroite <input type="checkbox"/> Base large <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<b>Marchette CS</b> (préciser grandeur et modèle particulier au besoin) <input type="checkbox"/> Bariatrique (C.S.) : _____	<b>Marchette pédiatrique CS</b> Modèle : _____ Grandeur : _____ Accessoires : _____	<b>Marchette HÉMI</b> <input type="checkbox"/> Junior (29" à 33") <input type="checkbox"/> Adulte (32" à 36") <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<input type="checkbox"/> Alourdie (C.S.) : _____		<b>Béquilles</b> <input type="checkbox"/> D'avant-bras <input type="checkbox"/> Axillaires <input type="checkbox"/> Junior <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Adulte +
<input type="checkbox"/> Autre (C.S.) : _____		
<i>À justifier ci-dessus</i>		<i>À justifier ci-dessus</i>

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'utilisateur : \_\_\_\_\_  
 (lors de la réception de l'aide)

Date : \_\_\_\_\_ aaaa-mm-jj

Nom de l'intervenant : _____
Titre professionnel : <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Physiothérapeute
Établissement : _____
Téléphone : _____
Signature : 
Date : _____ aaaa-mm-jj