



QUESTIONNAIRE MÉDICAL TRÈMA

À remplir par votre médecin

Nom et prénom de la personne :

Adresse de la personne :

.....

Date de naissance de la personne :

1 – NATURE DU HANDICAP

Moteur, préciser :

Sensoriel, préciser :

Autre, préciser :

Handicap temporaire, durée prévisionnelle du handicap :

Handicap définitif

2 – NATURE DES DIFFICULTÉS RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L'UTILISATION DU BUS ET/ OU DU TRAMWAY

Ostéoarticulaires, préciser :

Neurologiques, préciser :

Cardiovasculaires, préciser :

Respiratoires, préciser :

Troubles de l'orientation et / ou de la mémoire, préciser :

Troubles de l'équilibre, préciser :

Troubles de la vision, préciser :

3 – PÉRIMÈTRE DE MARCHÉ :

..... mètres



4 – APPAREILLAGE

- Fauteuil manuel Fauteuil électrique
- 1 canne 2 cannes
- Déambulateur
- Orthèses, type, adaptation :
- Prothèses, type, adaptation :
- Autre appareillage permanent (exemple : dispositif respiratoire, sonde à demeure...) :
.....
.....

5 – MODALITÉS DE TRANSPORT

La personne :

- Peut (est capable) utiliser le bus et/ou le tramway
 oui non
- Peut être transportée en compagnie de plusieurs voyageurs
 oui non
- Nécessite une aide humaine pour monter ou descendre du véhicule
 oui non
- Nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement...)
 oui non

Nombre de cases cochées (sur les 2 pages):

Autres commentaires utiles à l'étude du dossier :

.....
.....
.....

Ce questionnaire est à transmettre sous pli cacheté et confidentiel à :

Madame le Docteur Lucile VERCOUTERE
Service Communal d'Hygiène et de Santé
Ville de Reims
Place de l'Hôtel de Ville
CS 80036
51722 REIMS CEDEX

Il sera examiné dans le cadre de la commission d'accès au service de transport de personnes handicapées du GRAND REIMS.

Fait à :

Le :

Cachet, coordonnées et signature du médecin :