



# Centre de Santé ROSSETT/

400 Bd de la Madeleine, 06000 NICE  
Tel. : 04 97 11 70 80 - Fax : 04 97 11 70 81  
E-mail : [centredesante@pep06.fr](mailto:centredesante@pep06.fr)  
Finess : 06 0 01909 8



## Questionnaire pour l'attribution d'un fauteuil roulant électrique (FRE)

### 1. Données générales

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél : .....  
Mail : .....

Activité(s) actuelle(s) : .....

Professionnel     Scolaire/Étudiant     Retraité (e)     sans activité

#### Intervenant(s) à domicile

Rééducateur(s)     Infirmier(e)     Aide(s) à domicile     Voisin(es)/Gardien(ne)  
 Famille     Autres(s): .....

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Etes-vous suivi(e) par un service spécialisé ?     oui     non lequel ?.....

### 2. Provenance de la demande initiale

Vous-même     Revendeur     médecin     autres

1ère acquisition     Renouvellement    Année d'acquisition .....

Si revendeur, merci de préciser son nom, ses coordonnées :

.....  
.....

### 3. Données médicales et morphologiques

Age : .....    Sexe :  M     F    Poids : .....    Taille : .....  
Etes-vous     droitier     gaucher ?

**Diagnostic Pathologie/déficience :** .....  
.....  
.....

...  
Pouvez-vous faire quelques pas seul(e) ? oui non

Avec une tierce personne avec une canne simple 1 canne anglaise

2 cannes déambulateur

Combien de mètres ? .....

+ Avez-vous des difficultés à tenir assis sur un tabouret ? oui non

+ Avez-vous un appareil de ventilation ? oui non

+ Possédez-vous un coussin de prévention d'escarres ? oui non

+ Avez-vous un siège moulé ? oui non

+ Avez-vous besoin d'aide pour vos changements de position (transferts) ?

oui non avec lève-personne avec tierce personne  Autre

#### 4. Environnement

+ Vous vivez ? seul(e) en couple en famille en institution

+ Avez-vous une tierce personne qui intervient dans la journée ? oui non

##### Le logement

+ L'entrée de votre logement est-elle de plain-pied (sans ressaut) ? oui non

+ Y a-t-il des marches à l'entrée ? oui non combien ? .....

+ A quel étage est situé votre logement ? .....

+ Avez-vous un ascenseur accessible en fauteuil ? oui non

+ Y a-t-il des portes lourdes dans l'immeuble ? oui non

+ Dimensions portes à l'intérieur : .....

+ Avez-vous un endroit sûr pour stocker le FRE et le recharger ? oui non

##### Les environs

+ Aux alentours,  
o y a-t-il des côtes ? oui non

o des terrains accidentés (pavés, terre, graviers) ? oui non

o des trottoirs abaissés ? oui non

+ Serez-vous accompagné(e) pour sortir ?  
systématiquement occasionnellement jamais

##### Milieu scolaire ou professionnel Accessibilité extérieure

Distance domicile-travail : .....

Marche(s)  Combien : .....

Ascenseur accessible

Autre(s), plan incliné, qualité du sol, digicode, porte d'entrée : .....

#### 5. Fauteuil roulant

+ Avez-vous un fauteuil roulant ?  
manuel lequel : .....

électrique lequel : ..... date d'acquisition : .....

options : .....

### Fauteuil roulant électrique envisagé

- à l'intérieur ?  l'extérieur
- oui  non
- Le fauteuil sera-t-il transporté dans un véhicule ?
- Si oui, quel véhicule ? : .....
  - Dimensions du coffre : .....
  - Avez-vous déjà des aménagements ?  oui  non  
lesquels ?.....
  - Envisagez-vous de conduire un véhicule en FRE ?  oui  non
- Avez-vous réfléchi à un modèle de FRE ?  oui  non
- Avez-vous réfléchi à des options nécessaires ?  oui  non
- Si oui, lesquelles ? .....
- Avez-vous fait des essais ?  oui  non
- Avec quel revendeur ? .....
  - avec quel type de fauteuil ?.....

### 6. Financement

- Avez-vous déjà envisagé le financement du fauteuil roulant ? oui non
- Avez-vous déjà un dossier à la MDPH  oui  non
- Avez-vous une mutuelle ? oui non
- Coordonnées

### QUESTIONNAIRE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN AU COURS DE CONSULTATION DE VALIDATION

#### Atteinte(s) motrice(s)/articulaire(s)

- MS Droit  MS Gauche
- MI Droit  MIGauche
- Limitation(s) articulaire(s).....
- Spasticité.....
- Tenue du tronc.....
- Tenue de la tête.....
- Mouvements involontaires.....
- Syndrome cérébelleux.....

#### Atteinte(s) sensorielle(s)

- Visuelles.....
- Troubles oculomoteurs.....
- Auditives.....

Type(s) : .....

#### Atteinte(s) cognitive(s)

Type(s) : .....

#### Trouble(s) du champ visuel

Si oui, prévoir examen du champ visuel

#### Atteinte(s) sensitive(s)

- Superficielle(s).....
- Profonde(s).....

#### Risque(s) cutané(s)

- AT nécessaire(s) : .....
- Date de dernière prescription : .....

#### Atteinte(s) respiratoire(s)

- AT nécessaire(s) : .....

#### Evaluation de la douleur

- Prévoir une évaluation qualitative et quantitative

#### Fatigabilité à l'effort

#### Continence

- Type(s) (sondage, protections...) : .....

Positionnement particulier : .....

Appareillage/Aide(s) technique(s) : corset siège, prothèse(s), positionnement spécifique...

## 7. Conclusions

Conduite du fauteuil roulant électrique :

+ Conduite intérieure :  maîtrisée  non maîtrisée  apprentissage nécessaire

+ Conduite extérieure :  maîtrisée  non maîtrisée  apprentissage nécessaire

+ Accompagnateur :  Oui  Non



La personne sait-elle :

+ Utiliser les différentes commandes (sélecteur vitesses, vérins électriques) :  Oui  Non

+ Recharger le FRE :  Oui  Non

+ Débrayer le FRE  Oui  Non

+ Avis favorable :  Oui  Non

+ Information donnée sur la souscription d'une assurance responsabilité civile  Oui  Non

