

Clinique d'évaluation au domicile ou CHSLD
(aide à la mobilité ou aide à la posture)

CHSLD :	Adresse de l'établissement :	
	# et nom de la rue :	
	Ville :	code postal :
	Téléphone :	poste :
CLSC :	Télécopieur :	
	Téléphone :	poste :
	Télécopieur :	
Thérapeute responsable :		

Nom du client (nom et prénom)	Numéro d'assurance- maladie	Date expiration	Diagnostiques et problèmes du client	Doit être vu par le physiatre	Légende
1.					
2.					
3.					
4.					

Légende : 1. F/R manuel 3. Base roulante 5. Révision de positionnement 7. Orthèse m.i. 9. Orthèse tronc
 2. F/R motorisé 4. Positionnement 6. Autres (à préciser) 8. Orthèse m.s. 10. Chauss. Orthopédiques (Fiducie)

Clinique d'évaluation au domicile ou CHSLD
(aide à la mobilité ou aide à la posture)

CHSLD :	Adresse de l'établissement :	
	# et nom de la rue :	
	Ville :	code postal :
	Téléphone :	poste :
CLSC :	Téléphone : poste :	
	Télécopieur :	
Thérapeute responsable :		

Nom du client (nom et prénom)	Numéro d'assurance- maladie	Date expiration	Diagnostics et problèmes du client	Doit être vu par le physiatre	Légende
5.					
6.					
7.					
8.					

Légende : 1. F/R manuel 3. Base roulante 5. Révision de positionnement 7. Orthèse m.i. 9. Orthèse tronc
 2. F/R motorisé 4. Positionnement 6. Autres (à préciser) 8. Orthèse m.s. 10. Chauss. Orthopédiques (Fiducie)