

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT

(Description et explication détaillées indispensables)

Transport des Personnes à Mobilité Réduite (TPMR)

Ce certificat doit être mis sous enveloppe cachetée qui sera transmis aux médecins siégeant à la Commission d'admission Transport des Personnes à Mobilité Réduite.

Coordonnées du patient :

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Taille : Poids :

S'agit-il d'un handicap : physique mental sensoriel

Nature de l'affection justifiant la demande :

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

- Trouble fonctionnel principal :

.....
.....

- Possibilités évolutives :

.....
.....

- Problèmes médicaux associés :

.....
.....

BILAN FONCTIONNEL

Equilibre assis : OUI NON

Si marche possible

- Périmètre de marche :

- Aides techniques à la marche (cannes...) :

- Station debout possible pendant un temps limité : OUI NON

- Franchissement de marches possible : OUI NON

- Trouble de l'équilibre : OUI NON

Si oui, nature, intensité :

- Usage intermittent d'un fauteuil roulant : OUI NON

Si marche impossible

- Pour quelle raison ?

- Usage d'un fauteuil roulant : OUI NON

à commande : manuelle électrique

Mobilité par aide extérieure : OUI NON

Une aide extérieure est-elle indispensable ?

- A titre de surveillance permanente OUI NON

Si oui, pourquoi ?

- Seulement pour l'installation dans un véhicule OUI NON

- Pour autre raison (défaut d'équilibration ...) OUI NON

Si oui, laquelle ?

Troubles vésico-sphinctériens OUI NON

Si oui, de quel type ?

- Appareillage de continence OUI NON

Problèmes particuliers :

.....

.....

Date, signature et tampon du médecin