

Clinique du Positionnement et de la Mobilité

Adresse mail : clinique-positionnement.prc@ugecam.assurance-maladie.fr

Marine Bescond
Ergothérapeute

Laurie Mahé
Ergothérapeute

Manon Cocaïgn
Ergothérapeute

Dr Gwenaél Gueret
Médecin MPR

Jeannie Oulhen Paul Tanguy
Masseur-kinésithérapeutes

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE A VOTRE VENUE EN CONSULTATION

Merci de le remplir et nous le transmettre par courrier ou par mail
afin de préparer au mieux votre rendez-vous.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Adresse :

Nom du médecin traitant et commune :

Concernant votre maladie :

Diagnostic :

Date de découverte :

L'évolution est : stable / aggravation / amélioration / évolution par poussées / autre :

Avez-vous déjà été opéré(e) ? Si oui, merci de préciser de quoi, avec la date :

-
-
-
-
-

Avez-vous déjà eu des escarres ? Si oui merci de remplir le tableau :

Date	Localisation exacte	Durée d'évolution	Traitement, chirurgical ?

Si non, y a-t-il des : rougeurs sans escarres / points d'appui / rien

Localisation :

Avez-vous des capacités de marche ? Oui / Non

Si oui : quel périmètre de marche ou combien de temps ⇨

Avec quelle aide : une tierce personne / canne(s) / déambulateur / autre :

Comment réalisez-vous votre transfert pour aller au fauteuil roulant ?

- ☐ seul(e)
- ☐ avec appui antérieur sur une barre d'appui ou barrière de lit
- ☐ avec un cadre de marche / déambulateur
- ☐ avec un guidon de transfert
- ☐ avec un verticalisateur électrique
- ☐ avec un soulève personne
- ☐ avec une aide humaine
- ☐ autre :

Votre environnement ⇨

Vous vivez : seul / en couple ou en famille / en institution

Votre domicile : appartement / maison

Mesures de portes

Pouvez-vous apporter des photos de votre domicile

- Le logement est-t-il :
- ☐ accessible depuis l'extérieur (pas de marche)
 - ☐ de plain-pied à l'intérieur
 - ☐ avec un étage accessible (ascenseur ou monte escalier)
 - ☐ avec étage non accessible
 - ☐ avec des pièces de vie non accessible (marche, passage de porte étroit ?)
 - ☐ avec une salle de bain adaptée

Aide à domicile : pas d'aide / cabinet infirmier / auxiliaire de vie / entourage familiale / autre :

Votre matériel ⇨

Au lit : ☐ lit « classique » ☐ lit non médicalisé électrique ☐ lit médicalisé
☐ matelas « classique » ☐ matelas à mémoire de forme ☐ matelas à air
Modèle :

Pour vous déplacer en intérieur et en extérieur :

☐ canne simple ☐ cannes anglaises / béquilles ☐ bâtons de marche
☐ cadre de marche ☐ déambulateur 2 roues 2 patins ☐ déambulateur 4 roues
☐ fauteuil roulant manuel que vous propulser vous-même
☐ fauteuil roulant manuel poussé par les tierces personnes
☐ fauteuil roulant électrique

Combien d'heures consécutives passez -vous au fauteuil :

☐ moins de 2 heures ☐ entre 2 et 5 heures ☐ entre 5 et 8 heures
☐ entre 8 et 12 heures ☐ plus de 12 heures

Avez-vous des temps de repos dans la journée en dehors du fauteuil roulant :

☐ oui, au lit ☐ oui, dans un autre fauteuil
☐ oui dans mon fauteuil roulant en modifiant ma position ☐ non

Votre prestataire de matériel médical habituel si vous en avez un :

Si vous possédez un ou plusieurs fauteuils merci de remplir ce tableau :

Type de fauteuil : manuel ou électrique ?	Marque et modèle	Date d'achat	Y a-t-il une bascule d'assise ?	Passe-t-il toutes les portes à domicile ?

Possédez-vous un coussin d'assise ? Aide à la prévention des escarres, positionnement particulier ? ☐ oui ☐ non

Si oui veuillez indiquer la marque, le modèle et l'année d'attribution :

Possédez-vous des accessoires particuliers de positionnement au niveau du dossier de la tête ? ☐ oui ☐ non

Si oui veuillez indiquer la marque, le modèle et l'année d'attribution :

Bénéficiez-vous d'un corset-siège moulé sur mesure par un orthoprothésiste ? ☐ oui ☐ non

Si oui veuillez indiquer le nom de l'orthoprothésiste et l'année d'acquisition :

Pour quelle(s) raison(s) venez-vous en consultation ?
Vous pouvez nous résumer vos attentes, votre demande en quelques mots 🖊