

## Informations importantes afin de faciliter les essais de solutions d'assistance des membres supérieurs

### Informations générales

Utilisateur	
Nom :	Adresse :
Prénom :	Code postal :
Date de naissance :	Ville :
Téléphone :	Mail :
Pathologie :	

Revendeur matériel médical	
Nom du service	Téléphone :
Personne contact :	Mail :
	Adresse :

Ergothérapeute	
Nom :	Téléphone :
Prénom :	Mail :

### Équipements utilisés

Fauteuil roulant	
Fabricant :	Modèle :
Électronique du fauteuil :	
Matériel auxiliaire installé	
<input type="checkbox"/> Tablette <input type="checkbox"/> Contrôle d'environnement <input type="checkbox"/> Support téléphone <input type="checkbox"/> Autres	
Commande Fauteuil	
<input type="checkbox"/> Joystick standard <input type="checkbox"/> Autre	Latéralité : Droite / Gauche / Centre
Accoudoirs escamotables : Oui / Non	Utilisation escamotage ? Oui / Non
Côté du transfert : Droite / Gauche / Centre	Fauteuils multiples : Oui / Non
Un changement de fauteuil est-il prévu ? Oui / Non - Si oui, dans combien de temps ?	
Véhicule	
Êtes-vous : Passagers avant / Arrière / Conducteur	
Environnement	
Y-a-t'il des endroits étroits ? Passage de porte, Ascenseur, ...)	

## Aide technique

Aide au repas	
Utilisation contacteur	Oui / Non
Utilisation tablette tactile	Oui / Non
Lieu d'utilisation	
Type d'alimentation	Mouliné, Mixée ou Mixte
Préférence cuillère	Plastique ou Métallique

Assistance de bras	
Utilisation contacteur	Oui / Non
Côté de bras à équiper	Droit ou Gauche ou les deux
Lieu d'utilisation	
Diamètre de l'avant-bras (en cm)	

Le diamètre se mesure à la partie la plus forte de l'avant-bras.



## Pathologies

Identification des possibilités de la personne :

- Réaliser les mouvements
- Identifier le ressenti provoqué par le mouvement dans l'épaule, le coude et la main.  
● Facile ● Fatigant ● Impossible
- Repérer sur l'échelle de Brooke ci-dessous à quel niveau (1 à 6) correspond la mobilité du bras de la personne.



**1.**  
Joindre les mains  
**au dessus de la**  
**tête.**



**2.**  
Joindre les mains  
**sur la tête,** les  
coudes fléchis.



**3.**  
Monter les mains  
**au niveau du**  
**visage.**



**4.**  
Monter les mains  
au niveau du  
visage, **avec une**  
**aide.**



**5.**  
**Tenir des petits**  
**objets,** sans lever  
les bras.



**6.**  
**Pas de fonction**  
**usuelle** des bras  
et des mains.

## Attentes de l'utilisateur

Lister les 10 tâches ou activités que vous aimeriez faire avec l'aide technique

Top 10
1 :
2 :
3 :
4 :
5 :
6 :
7 :
8 :
9 :
10 :

## Observations / Remarques

## Photos

SVP fournir les photos des éléments suivants à [contact@ergo-diffusion.com](mailto:contact@ergo-diffusion.com) ou 06 82 80 35 15

<i>Photo du joystick</i>	<i>Vue de face (avec usager assis)</i>	<i>Vue arrière (avec usager assis)</i>
<i>Accessoires (tablette, siège, positionnement)</i>	<i>Vue droite (avec usager assis)</i>	<i>Vue gauche (avec usager assis)</i>
<i>Rails de montage : Côté droit</i>	<i>Rails d'assise : Côté gauche</i>	<i>Fauteuil uniquement (sans usager)</i>