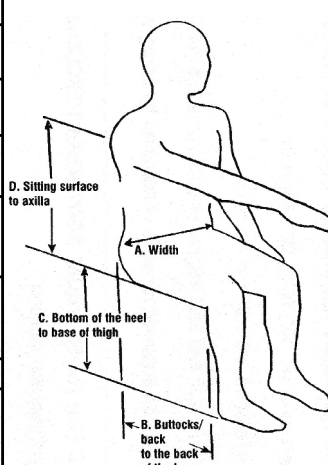


Formulaire à remplir pour toute demande de fauteuil roulant à propulsion manuelle (à l'exception de ceux de la catégorie 4, fauteuils ultralégers)

Type de demande : Nouvelle Échange

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT			DATE DE LA DEMANDE			
N° d'assurance-maladie	Sexe M F	Date de naissance (aa/mm/jj)	Délai (jours ouvrables)	Winnipeg	Région rurale	
Nom	Prénom		Ordinaire	4 à 12 jours	5 à 12 jours	
			Urgent *	d'ici 3 jours	d'ici 4 jours	
Adresse			* S'applique aux usagers à temps plein qui n'ont aucun autre moyen de se déplacer dans leur domicile. Ne s'applique pas aux demandes de catégorie 1.			
Ville ou village			Autre (précisez la date) Date de sortie de l'hôpital			
Code postal			Livraison (si l'adresse est différente de celle du client)			
Tél. (dom.)		Tél. (contact)				
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			Évaluateur			
Diagnostic principal			Nom :			
Diagnostic secondaire			Adresse :			
Degré d'incapacité			Ville ou village :		Code postal :	
Distance de mobilité autonome (avec ou sans dispositif d'aide) 0 à 25 m (80 pi) 25 à 50 m (160 pi)			Tél.		Télé.	
			MÉDECIN			
PARENT LE PLUS PROCHE			Nom :		Matricule	
Nom		Prénom	Adresse :			
Lien de parenté			Ville ou village :		Code postal :	
Adresse :			Tél.		Télé.	
Ville ou village			Signature :			
Province		Code postal	FACTURATION			
Tél. (dom.)		Tél. (contact)	N° d'ACC		N° d'AER	
			Acc. travail	SAPM	N° de traité	
MÉTHODE ET DURÉE D'UTILISATION			MESURES ET DIMENSIONS			
(Cochez la case qui s'applique le plus) 1. Propulsion autonome (temps plein) 2. Propulsion autonome (temps partiel - 4-8 h/j.) 3. Propulsion autonome (sorties hebd.) 4. Assistant personnel (temps plein) 5. Assistant personnel (temps partiel) 6. Assistant personnel (sorties hebd.) CATÉGORIE 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> (Descriptions - au verso)			CLIENT Taille cm/po Poids kg/lb			
ACCESSOIRES: Frein allongé Pneus anti-crevaison			Largeur du siège Mesure A _____ + 1 à 2 po =			
Coussin - pas pour la catégorie 1 (dimensions : 18 x 16 po seulement) Demedco Mousse rigide			Profondeur du siège Mesure B _____ - 2 po =			
Sur certains modèles seulement : Repose-tête allongé Direction à une main Essieu adapté pour amputé			Hauteur du siège Mesure C _____ + 2 à 3 po pour hauteur du repose-pieds, moins hauteur du coussin en compression			
			Hauteur du dossier Mesure D _____ - 2 à 3 po pour mains courantes, plus hauteur du coussin en compression			
			Accoudoirs Pleine longueur <input type="checkbox"/> Longueur d'un fauteuil de bureau <input type="checkbox"/>			
			Repose-jambes Ordinaire : droit gauche Fauteuil convient au domicile du client Élévateur : droit gauche Oui <input type="checkbox"/>			
			Signature de l'évaluateur : _____			

Entente sur le prêt de matériel : J'ai lu et compris les conditions imprimées au verso du présent formulaire. Je reconnais qu'elles entraînent des obligations juridiques et, en empruntant le matériel, je m'engage à les respecter.

Signature du client	Signature du témoin	Nom du témoin	Date
Un représentant peut signer au nom du client. Si vous signez à titre de représentant, veuillez remplir la section suivante :			
Nom	Lien avec le requérant	Adresse, ville ou village	Date

**LIGNES DIRECTRICES POUR DEMANDES DE
FAUTEUILS ROULANTS PROVENANT
DU STOCK DE MATÉRIEL**

LIGNES DIRECTRICES POUR DEMANDES DE MATÉRIEL	
<p>1. Envoyez les formulaires remplis aux Services de fauteuils roulants. 2. Si les formulaires sont envoyés par télécopieur, n'envoyez que le recto. 3. Veuillez noter que les Services de fauteuils roulants disposent d'un stock de matériel réutilisable. Ce matériel n'est pas toujours neuf. 4. Les médecins prescripteurs doivent demander un fauteuil roulant selon les catégories énoncées plutôt que d'après un modèle particulier. Consultez l'annexe 1 de la trousse d'information pour obtenir des détails.</p>	
CATÉGORIE	DESCRIPTION
<p>Catégorie 1 : À propulsion manuelle ordinaire</p>	<p>POUR USAGERS QUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ont besoin d'un fauteuil plus d'une fois par semaine mais moins de quatre heures par jour et qui peuvent marcher sur environ 50 mètres. • Sont capables ou non de propulsion autonome. • Ont besoin de peu ou pas d'ajustement. • Ont besoin d'un fauteuil d'appoint pour fauteuil motorisé. • Pèsent moins de 250 lb (113 kg). • Tailles pour adultes : 16, 18 ou 20 po de largeur de siège et 16 po de profondeur de siège, uniquement. Tailles pour enfants : 14 et 16 po de largeur et 11 et 13 po de profondeur. • Diverses hauteurs de siège.
<p>Catégorie 2 : Fauteuil léger À propulsion manuelle ordinaire</p>	<p>Pour usagers qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont capables de propulsion autonome, se servent du fauteuil de 4 à 8 heures par jour et peuvent marcher sur environ 25 mètres. • S'ils sont incapables de propulsion autonome, doivent se servir du fauteuil au moins 8 h/jour. • Styles d'accoudoirs et tailles de roues arrière et de roulettes variés. • Largeur du siège : 14, 16, 18 ou 20 po; profondeur du siège : 16 à 18 po. • Accoudoirs profilés et réglables. • Hauteurs de dossier et de siège variées pour certains modèles. • N'est pas fourni pour faciliter le maniement du fauteuil par le fournisseur de soins.
<p>Catégories 3a et 3b : Fauteuil renforcé À propulsion manuelle ordinaire</p>	<p>POUR USAGERS PESANT PLUS DE 250 LB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construction renforcée, à deux croisillons sur certains modèles. • Accoudoirs profilés. Largeur du siège : 20, 22 et 24 po; profondeur du siège : 16 à 18 po (selon le modèle) • Critères de la catégorie 3a semblables à ceux de la cat. 1; critères de la cat. 3b semblables à ceux de la cat. 2.
<p>Catégorie 4 : Fauteuil spécial</p>	<p align="center">DOIT ÊTRE PRESCRIT PAR UN THÉRAPEUTE ET OBLIGE À REMPLIR LES FORMULAIRES APPROPRIÉS (VOIR CI-DESSOUS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fauteuil à dossier inclinable – demande de fauteuil à propulsion manuelle et note expliquant la nécessité du dossier inclinable. Pour usager à temps plein ou à temps partiel. • Fauteuil basculant à propulsion manuelle – demande de fauteuil à propulsion manuelle et lettre de recommandation pour fauteuil basculant à prop. manuelle de catégorie 4. Pour usager à temps plein ou à temps partiel. • Fauteuil ultraléger – demande de fauteuil ultraléger de catégorie 4. Pour usager autonome à temps plein, c.-à-d. qui s'en sert plus de 8 h par jour et ne peut se déplacer de façon fonctionnelle.

ENTENTE SUR LE PRÊT DE MATÉRIEL

Le matériel appartient à l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) et est prêté par l'intermédiaire du Manitoba Wheelchair Program, lui-même géré par la Society for Manitobans with Disabilities Inc.

J'accepte d'emprunter le matériel dans les conditions suivantes :

- Je n'ai le droit de me servir du matériel que pendant que je réside au Manitoba.
- Je ne me servirai du matériel que pour me déplacer.
- Je me servirai du matériel et l'entreposerai soigneusement pour éviter de l'abîmer ou de le perdre.
- Je n'enlèverai pas l'étiquette d'identification permanente qui est attachée au matériel.
- Je respecterai le programme d'entretien préventif et donnerai le matériel pour qu'il soit réparé. En cas de dommage, j'avertirai les responsables du Manitoba Wheelchair Program et suivrai les instructions de réparation. Si le matériel est endommagé parce que je ne l'ai pas utilisé ou entreposé soigneusement, on pourra me demander de payer les frais de réparation.
- Si je déménage à l'intérieur du Manitoba, je signalerai ma nouvelle adresse et mon nouveau numéro de téléphone aux responsables du Manitoba Wheelchair Program au plus tard dans les 30 jours qui suivront mon déménagement. Si je quitte le Manitoba, je retournerai le matériel avant mon départ.
- Si je suis admis dans un foyer de soins personnels au Manitoba, je ne pourrai continuer à me servir du matériel que si j'ai été client du Manitoba Wheelchair Program pendant les six mois précédant mon admission au foyer.
- Je ne peux vendre ni prêter le matériel, ni autoriser quelqu'un d'autre à s'en servir.
- L'ORSW n'est aucunement responsable des réparations du matériel à l'extérieur du Manitoba.
- L'ORSW peut ré-évaluer mes besoins à n'importe quel moment.
- Je retournerai le matériel au plus vite au Manitoba Wheelchair Program si je ne suis plus admissible au programme, si je n'ai plus besoin du matériel ou si je ne respecte pas les conditions de cette entente.
- Si le matériel n'est pas retourné, j'en paierai les coûts de remplacement.
- Ma succession est liée par cette entente.
 - Si je suis mineur, je reconnais que ce contrat me fournit un fauteuil roulant et que j'en assumerai les responsabilités juridiques à l'âge de 18 ans. Si je signe au nom d'un mineur, nous devons tous les deux assumer ces obligations.

DÉCLARATION SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements médicaux personnels figurant dans cette demande sont traités conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*. Pour mieux vous servir, nous avons parfois besoin de communiquer vos renseignements personnels. Le plus souvent, il s'agit de les communiquer à des professionnels de la santé. Nous vous fournirons un résumé de la politique de la SMD en matière de protection des renseignements personnels avec l'avis concernant votre demande de fauteuil roulant. La SMD s'engage à traiter vos renseignements personnels de façon sécuritaire et raisonnable tout en vous fournissant un service professionnel de la plus grande qualité.

Illustration

- A. Width = Largeur
- B. Buttocks/back to the back of the knee = Depuis les fesses ou le dos jusqu'à l'arrière du genou
- C. Bottom of the heel to base of thigh = Du talon à la base de la cuisse
- D. Sitting surface to axilla = De l'assise à l'aisselle