

**Certificat obligatoire et confidentiel,
remis sous enveloppe cachetée au médecin siégeant
à la Commission d'admission Transport des Personnes à Mobilité Réduite
et conservé par celui-ci.**

Demande à remplir le plus complètement possible par le médecin traitant.

La décision est prise sans examen médical du patient.

Transport des Personnes à Mobilité Réduite (TPMR)

Coordonnées du patient :

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

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

*Taille : *Poids :

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

**Indispensable*

Nature de l'affection justifiant la demande *(Évitez les abréviations et sigles - Merci) :*

.....
.....

- Trouble fonctionnel principal :

.....
.....

- Possibilités évolutives :

.....
.....

- Problèmes médicaux associés :

.....
.....

BILAN FONCTIONNEL

Trouble de l'équilibre : OUI NON

Si oui, nature, intensité :

Équilibre assis : OUI NON

Existence de troubles de la marche ? OUI NON

1. La marche est cependant possible : (Cochez)

- Périmètre de marche :

- Aides techniques à la marche (cannes, déambulateur, rolateur...) :

- Station debout possible pendant un temps limité : OUI NON

- Franchissement de marches possible : OUI NON

- Usage intermittent d'un fauteuil roulant : OUI NON

2. La marche est impossible : (Cochez)

- Pour quelle raison ?

- Usage d'un fauteuil roulant : OUI NON

À commande : - manuelle - électrique

- Nécessite une aide extérieure : OUI NON

Une assistance est-elle nécessaire ?

- À titre de surveillance permanente : OUI NON

- Courses en magasin : OUI NON

- Rendez-vous divers (*médecin par exemple, ...*) : OUI NON

- Autres (*Précisez*) : OUI NON

- Seulement pour l'installation dans un véhicule : OUI NON

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

- Autres (détaillé) :

Troubles vésico-sphinctériens ? OUI NON

Si oui, de quel type ?

- Appareillage de continence OUI NON

Conclusions du médecin traitant :

Date, signature et tampon obligatoire du médecin traitant