**Test de l’aide à la mobilité** (uniquement obligatoire pour les voiturettes électroniques, les scooters électroniques intérieur/extérieur et extérieur et les aides à la propulsion)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Test effectué préalablement à la consultation d’une équipe multidisciplinaire : ☐ Oui ☐ Non* Le test de l’aide à la mobilité a eu lieu le ……………………………………………………………………………………………………..

**Aide à la mobilité :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Voiturette électronique | ☐ Scooter électronique  | ☐ Aide à la propulsion |
|  ☐ Intérieur |  ☐ Intérieur |  |
|  ☐ Intérieur-extérieur |  ☐ Intérieur-extérieur |  |
|  ☐ Extérieur |  ☐ Extérieur |  |

Testé : ☐ À la maison ☐ En institution ☐ Au travail ☐ Ailleurs : **Modèle(s) testé(s) :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Motivation du choix :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Description de l'utilisateur** : ☐ Première utilisation ☐ Utilisateur expérimenté

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fonction de la main** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne | ☐ Pas d'application |
| Autres possibilités de conduite :  |
| **Aptitude à la conduite** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne |  |
| **Compréhension de l'utilisation** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne |  |
| **Aptitude en matière de circulation** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne |  |
| **Transferts**  | ☐ Autonome | ☐ Avec assistance |  |  |
| **Chargement de l'appareil** | ☐ Autonome | ☐ Avec assistance |  |  |

 **Objectif d'utilisation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ À la maison | ☐ À l'extérieur | ☐ Courtes distances |
| ☐ Longues distances | ☐ Vie sociale / temps libre | ☐ Courses |
| ☐ Travail/formation |  |  |

**Fréquence d'utilisation :** ☐ Permanente ☐ Quotidienne ☐ Plusieurs jours par semaine**Durée d'utilisation :** ☐ Pendant de courtes périodes ☐ Pendant de longues périodes**Accessibilité au logement :** ☐ Avec l'aide de tiers ☐ Autonome ☐ Via garage/porte**Peut ranger l’appareil :** ☐ Oui ☐ Non**Spécifications de l’habitation :**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Remarques supplémentaires :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Remarques de l'utilisateur (facultatif) :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  |