**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) :**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |