

QUESTIONNAIRE MEDICAL d'inscription au service TPMR

L'accès au service TPMR est réservé aux personnes à mobilité réduite qui sont dans l'impossibilité de prendre les transports collectifs traditionnels Tao.

Pour les personnes ne possédant pas de carte d'invalidité d'un taux égal ou supérieur à 80 % ce questionnaire doit être joint au dossier d'inscription.

Ce questionnaire, rempli par votre médecin traitant ou médecin spécialiste est destiné au médecin conseil présent à la journée d'inscription. Il doit être mis **sous pli cacheté** dans une enveloppe portant la mention « CONFIDENTIEL ».

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE DU SERVICE

Mme M. Nom Prénom

Date de naissance (JJ/mm/aaaa)

Adresse

Code postal Ville

1 TYPE DE HANDICAP

Moteur Sensoriel auditif Sensoriel visuel handicap mental et psychique Autre

Précision du/des handicaps et problèmes médicaux associés :

- Ostéoarticulaires, préciser :
- Neurologiques, préciser :
- Cardiovasculaires, préciser :
- Respiratoires, préciser :
- Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, préciser :
- Troubles du comportement, préciser :
- Troubles de l'équilibre, préciser :
- Troubles visuels, préciser :
- Autre, préciser :

2 ÉVOLUTIVITÉ DU HANDICAP

STATIONNAIRE TEMPORAIRE > durée prévisionnelle

3 PERIMETRE DE MARCHÉ

Distance maximale pouvant être parcourue par le demandeur : mètres

4 STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?

OUI durée (approximative) : NON

5 FRANCHISSEMENT DE MARCHES possible ?

OUI nombre de marches : NON

7 APPAREILLAGE

- Fauteuil manuel Fauteuil électrique Transférable
 1 canne béquilles
 Déambulateur
 Orthèses, type, adaptation :
 Prothèses, type, adaptation :
 Autre appareillage permanent (exemples : dispositif respiratoire, sonde à demeure, ...)
.....

8 MODALITES DE TRANSPORT

La personne :

- peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs OUI NON
- nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule OUI NON
- nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement,...)
 OUI NON

9 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES utiles à l'étude du dossier

.....
.....
.....

Je soussigné, Docteur en médecine, constate que Monsieur / Madame
paraît être ainsi dans l'impossibilité de prendre les transports traditionnels Tao et certifie
l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

NOM du médecin :

Date :

Signature :

Cachet

CONTACTS

Service TPMR
du lundi au vendredi de 8h30 à 17h

02.38.71.98.85