

# Formulaire d'évaluation prothétique

Vainqueur  Vainqueur adulte  Adulte amputé

Nom du centre prothétique : \_\_\_\_\_ Nom du client ou de la cliente : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Personne à contacter pour obtenir de l'information : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Travail pour prothèse :  Standard  Récréative (activité : \_\_\_\_\_ )  
 Préparatoire  Définitive

Nouvelle demande  Demande révisée Raison : \_\_\_\_\_

Niveau d'amputation (BK, TT, AU ou TH)  Gauche \_\_\_\_\_  Droite \_\_\_\_\_  Bilatérale \_\_\_\_\_

Appareillage complet  Composants  Ajustements/Réparations  Accessoires

Autres (spécifiez) \_\_\_\_\_

**Veillez inscrire la répartition des coûts à la page 2 ou joindre une liste à ce formulaire rempli.**

- Une copie de cette demande signée par Les Amputés de guerre vous sera retournée pour vous indiquer le montant accordé. Veuillez nous en fournir une copie lors de la présentation de votre facture.
- Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.
- **Note concernant la facture : Le centre prothétique est prié de joindre à sa facture une copie du formulaire « Autorisation de paiement et couverture d'assurance » signé par le client, dans lequel celui-ci déclare être satisfait du résultat, ainsi qu'une preuve de paiement des autres sources d'aide financière.**

## Section réservée aux Amputés de guerre

Montant autorisé : \_\_\_\_\_ \$

Cette autorisation prendra fin le : \_\_\_\_\_

Signature autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Référence N° : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature autorisée du centre prothétique

\_\_\_\_\_  
Date

