



Fiche personnelle du marin

Cette information est recueillie uniquement pour assurer la sécurité du participant et celle du personnel de l'association.

Nom : _____

No STM : _____

Langues parlées : Français Anglais Autre _____

Poids (lbs): _____

Taille (cm): _____

Mobilité :

Marche

Avec aide technique _____

Fauteuil roulant : manuel motorisé triporteur/quadriporteur

Détails sur la condition physique :

Déficiences : _____

Nature de l'incapacité : _____

Communication: _____

Vision: _____

Ouïe: _____

Sensation : _____

Autres conditions associées (Hypertension, allergies, etc.) :



Transfert recommandé :

- À l'aide d'une personne
- À l'aide de deux personnes
- Nécessite un lève-personne

Fonction des bras

- Utilise les deux bras et les mains sans difficulté
- Paralysie ou faiblesse d'un bras gauche droit
- Paralysie ou faiblesse des deux bras

Stabilité

- Contrôle adéquat de la tête
- Requier du support à la tête
- Contrôle adéquat du tronc
- Requier un support au tronc

Autre besoin spécifique

Nom du thérapeute: _____

Spécialité (ex :ergo, infirmière): _____

Date : _____