**QUESTIONNAIRE MÉDICAL TRЁMA**

**À remplir par votre médecin**

Nom et prénom de la personne :

Adresse de la personne :

Date de naissance de la personne :

**1 – NATURE DU HANDICAP**

 Moteur, préciser :

 Sensoriel, préciser :

 Autre, préciser :

 Handicap temporaire, durée prévisionnelle du handicap :

 Handicap définitif

**2 – NATURE DES DIFFICULTÉS RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L’UTILISATION DU BUS ET/ OU DU TRAMWAY**

 Ostéoarticulaires, préciser :

 Neurologiques, préciser :

 Cardiovasculaires, préciser :

 Respiratoires, préciser :

 Troubles de l’orientation et / ou de la mémoire, préciser :

 Troubles de l’équilibre, préciser :

 Troubles de la vision, préciser :

**3 – PÉRIMÈTRE DE MARCHE :**

……………………………………….. mètres

**4 – APPAREILLAGE**

 Fauteuil manuel  Fauteuil électrique

 1 canne  2 cannes

 Déambulateur

 Orthèses, type, adaptation :

 Prothèses, type, adaptation :

 Autre appareillage permanent (exemple : dispositif respiratoire, sonde à demeure…) :

**5 – MODALITÉS DE TRANSPORT**

La personne :

- Peut (est capable) utiliser le bus et/ou le tramway

 oui  non

- Peut être transportée en compagnie de plusieurs voyageurs

 oui  non

- Nécessite une aide humaine pour monter ou descendre du véhicule

 oui  non

- Nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement…)

 oui  non

Nombre de cases cochées (sur les 2 pages):

Autres commentaires utiles à l’étude du dossier :

……………….………………………………………………………………………….………………………………………………………………………….……………………………………………………

……………………………………………………….……………………………………………………

Ce questionnaire est à transmettre sous pli cacheté et confidentiel à :

**Madame le Docteur Lucile VERCOUTERE**

**Service Communal d’Hygiène et de Santé**

**Ville de Reims**

**Place de l’Hôtel de Ville**

**CS 80036**

**51722 REIMS CEDEX**

Il sera examiné dans le cadre de la commission d’accès au service de transport de personnes handicapées du GRAND REIMS.

Fait à : .……………….………………………………………

Le : .…………………………………….…………………

Cachet, coordonnées et signature du médecin :