

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL TRÈMA

À remplir par votre médecin et à retourner accompagné du dossier d'inscription

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
- 1 canne
- Déambulateur
- Orthèses, type, adaptation : .....
- Prothèses, type, adaptation : .....
- Autre appareillage permanent (exemple : dispositif respiratoire, sonde à demeure...) :  
.....  
.....
- Fauteuil électrique
- 2 cannes

#### 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 :

**TRËMA – Service admission**  
**6 rue Nicolas Appert**  
**51430 TINQUEUX**

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 :