

BILAN FONCTIONNEL D'AUTONOMIE (Confidentiel médical - A compléter obligatoirement)

Ce bilan fonctionnel d'autonomie doit être **certifié** par votre médecin traitant et nous être transmis sous pli cacheté avec la mention « Confidentiel Médical ».

Il sera examiné par le médecin conseil pour toute demande de prestation complémentaire, d'accompagnement obligatoire ou de recours gracieux suite à un refus.

COORDONNÉES DU PATIENT

Madame Monsieur

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom

Adresse.....

Code Postal..... Ville.....

1. DIAGNOSTIC MÉDICAL ET SIGNES CLINIQUES DE LA PATHOLOGIE PRÉSENTÉE

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

2. CARACTÈRE DU HANDICAP

- Permanent
 Temporaire, précisez la durée prévisionnelle :
 Évolutif, précisez :

3. APPAREILLAGE

- Fauteuil roulant
 Canes
 Déambulateur
 Orthèses, prothèse
 Autre appareillage :
 Aucune aide matérielle nécessaire

4. DÉTAIL DU HANDICAP FONCTIONNEL

Mobilité	Pas de difficulté	Difficulté modérée	Grande difficulté
Se mettre debout			
Marcher			
Station debout possible pendant au moins 10 mn			
Franchissement de 3 marches			
Usage des mains			
Périmètre de marche (en mètres) :			
Troubles comportementaux			
Capacité à s'orienter dans l'espace			
Capacité à s'orienter dans le temps			
Raisonnement, vitesse d'idéation, comportement			
Retentissement sur la sécurité			
Gestion des situations à risque, capacité de discerner les dangers, mise en danger			

Précisions, si nécessaire :

5. UTILISATION DES BUS ET /OU DES TRAMWAYS

Votre patient peut-il utiliser les transports en commun classiques

Seul Accompagné Non

Si votre patient n'est pas en capacité d'utiliser des transports en commun, le pourrait-il sur des trajets accessibles (bus/tramway + arrêts de départ et d'arrivée accessibles) ?

Un arrêt est dit accessible lorsque son aménagement permet aux handicapés moteurs, mentaux ou sensoriels d'y accéder seul (quai dégagé d'obstacle, largeur minimale du quai, bande podotactile).

Oui Non

Précisions :

La présence d'un accompagnateur permettrait-elle à votre patient de se déplacer dans les transports en commun « classiques » (bus, tramway) ?

Oui Non

Quelle est la nature des difficultés rendant difficile ou impossible l'utilisation des bus et/ou tramway ?

(Si nécessaire, précisez)

- Trouble de l'orientation et / ou mémoire :
- Trouble de l'équilibre :
- Trouble de la vision :
- Sécurité physique :
- Etat de santé :
- Autre :

6. ACCOMPAGNEMENT OBLIGATOIRE

Ce dispositif est mis en place pour les personnes dont l'état de santé nécessite obligatoirement l'aide d'une tierce personne lors de leurs déplacements. Il a pour objet d'assurer la sécurité des personnes et des autres usagers lors de leur transport.

Une fois validé par le Médecin de la commission d'admission, cet accompagnement devient **obligatoire** et le transport sera refusé en son absence.

Lors de tous ses déplacements **Domibus**, votre patient :

- Ne nécessite pas l'assistance systématique d'une tierce personne
- A besoin de l'assistance systématique d'une tierce personne

7. PRESTATION COMPLÉMENTAIRE

Le service de transport **Domibus** s'effectue de trottoir à trottoir.

La prestation complémentaire de « porte à porte » est un **service payant** (prix d'un ticket) apporté à la personne en plus de l'aide normale d'accès au véhicule depuis le trottoir. Cette prestation est réalisée par un membre de l'équipe **Domibus** et est accordée après avis du médecin membre de la Commission d'admission.

Votre patient doit-il pouvoir bénéficier de cette prestation complémentaire :

- Oui
- Non

Précisions :

8. AUTRES COMMENTAIRES UTILES À L'ÉTUDE DU DOSSIER

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

Fait à, le

Cachet, coordonnées et signature du médecin