

Annexe: Test voiturette électronique/scooter

Nom de l'utilisateur : ..... Date : .....

Test effectué préalablement à la consultation d'une équipe multidisciplinaire :  Oui  Non

**Aide à la mobilité :**  Voiturette électronique  Scooter électronique  
 Intérieur  Intérieur  
 Intérieur-extérieur  Intérieur-extérieur  
 Extérieur  Extérieur

**Modèle(s) testé(s) :** .....  
.....

**Motivation du choix :** .....  
.....

**Testé :**  À la maison  En institution  Au travail .....  Ailleurs :

**Description de l'utilisateur :**  Première utilisation  Utilisateur expérimenté  
Fonction de la main  Insuffisante  Suffisante  Bonne  Pas d'application

Autres possibilités de conduite : .....

Aptitude à la conduite  Insuffisante  Suffisante  Bonne  
Compréhension de l'utilisation  Insuffisante  Suffisante  Bonne  
Aptitude en matière de circulation  Insuffisante  Suffisante  Bonne  
Transferts  Autonome  Avec assistance  
Chargement de l'appareil  Autonome  Avec assistance

**Objectif d'utilisation :**  À la maison  À l'extérieur  Courtes distances  Longues distances  
 Vie sociale / temps libre  Courses  Travail/formation

**Fréquence d'utilisation :**  Permanente  Quotidienne  Plusieurs jours par semaine

**Durée d'utilisation :**  Pendant de courtes périodes  Pendant de longues périodes

**Accessibilité au logement :**  Avec l'aide de tiers  Autonome  Via garage/porte

**Peut ranger l'appareil :**  Oui  Non

**Spécifications de l'habitation :** .....

**Remarques supplémentaires :** .....  
.....

**Remarques de l'utilisateur (facultatif) :** .....  
.....  
.....

Nom + Signature du dispensateur de soins

N° d'agrément :