

Annexe : Recommandations
supplémentaires

Réservé à la SHQ

N° de dossier

ACL-

Identification			
Nom		Prénom	
		Date de naissance	
		ANNÉE	MOIS JOUR

Cuisine											
Évier				Plan de travail				Plaque chauffante			
Surface : Hauteur	Dégagement : Hauteur	Largeur	Profondeur	Surface : Hauteur	Dégagement : Hauteur	Largeur	Profondeur	Surface : Hauteur	Dégagement : Hauteur	Largeur	Profondeur
Analyse et problèmes						Objectifs et recommandations					

Salle de bain											
<input type="checkbox"/> Toilettes		<input type="checkbox"/> Baignoire		<input type="checkbox"/> Douche sans seuil		<input type="checkbox"/> Meuble-lavabo et lavabo		<input type="checkbox"/> Rangement			
<input type="checkbox"/> Surélévation		<input type="checkbox"/> Surélévation de la baignoire		<input type="checkbox"/> Douche standard		<input type="checkbox"/> Robinetterie-lavabo					
<input type="checkbox"/> Barres d'appui				<input type="checkbox"/> Surface d'assise		<input type="checkbox"/> Table à langer					
		<input type="checkbox"/> Robinetterie		<input type="checkbox"/> Douche-téléphone sur tige				Lavabo			
		<input type="checkbox"/> Barres d'appui		<input type="checkbox"/> Tringle de rideau de douche escamotable				Surface : Hauteur	Dégagement : Hauteur	Largeur	Profondeur
Analyse et problèmes						Objectifs et recommandations					

Autres											
<input type="checkbox"/> Plaques de protection		<input type="checkbox"/> Penderie		<input type="checkbox"/> Porte d'accès		<input type="checkbox"/> Autres : _____					
Analyse et problèmes						Objectifs et recommandations					

Renseignements sur l'ergothérapeute											
Nom		Prénom		Signature		Date					
						ANNÉE MOIS JOUR					
Lieu de travail				Adresse							
Ind. rég. Téléphone		Poste		Ind. rég. Télécopieur		Courriel					