**ADAPTATION MATERIEL POUR L’ACCUEIL**

FICHE N° 3

Date :

NOM : Prénom :

**LA CHAMBRE**

* Lit à hauteur variable Électrique 🞏 Mécanique 🞏

Barrières 🞏 Potence 🞏

* Matelas anti-escarres Oui 🞏 Non 🞏

Si oui de quel type : Gaufrier (« à plots ») 🞏 Mousse mémoire

* Si matelas à air fournir l’ordonnance (72 heures avant l’accueil)
* Autre……………………………………………………………………..………………….
* Couchage :

Traversin 🞏 Oreiller 🞏

Draps 🞏 Couverture 🞏 Arceau 🞏

Autres, préciser : …………………………………………………………………….………………

* Y a-t’il un risque de chute du lit ? Oui 🞏 Non 🞏
* Des protections de barrières sont-elles nécessaires ? Oui 🞏 Non 🞏
* L’installation au lit nécessite-t-elle du matériel spécifique (ex : oreiller anatomique, cales, coussins, etc.…) ? Oui 🞏 Non 🞏

Si oui, lequel : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Le résident apportera-t- il ce matériel avec lui ? Oui 🞏 Non 🞏

* Le résident est-il en mesure d’utiliser une sonnette d’appel

Oui 🞏 Non 🞏

**LA TOILETTE**

* Bain 🞏 Douche 🞏 Toilette au lit 🞏
* Matériel spécifique nécessaire :

Aucun 🞏 Tabouret de douche 🞏 Fauteuil de douche 🞏

Lit douche 🞏 Brancard élévateur pour le bain 🞏

**LES WC**

* Installation sur la cuvette des WC 🞏
* Installation sur les WC avec rehausseur 🞏
* Installation sur un Montauban 🞏 sangle prescrite 🞏
* Urinal / Bassin 🞏
* Autre (préciser) :……………………………………………………………………………………………………………..……….

**TRANSFERTS**

* Aide technique préconisée pour les transferts :

Aucune 🞏 Disque de transfert 🞏 Lève-personne Verticalisateur 🞏

Lève- personne 🞏 Type de sangle et taille :………………...…………………………….………..

Manutention spécifique 🞏

Préciser :………………………………………………………………………..……………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**LES DEPLACEMENTS**

* Aides/techniques utilisées pour les déplacements :

Aucune 🞏

Cannes 🞏 Périmètre de marche : …………………………...………………….

Déambulateur 🞏 Périmètre de marche : ……………..…………………….

Fauteuil roulant manuel 🞏 Autonome 🞏 Avec aide 🞏

Périmètre d’autonomie : ………………………………………………………………………………………………

Fauteuil roulant électrique 🞏 Périmètre d’autonomie :...……………………….…...

**APPAREILLAGE**

* Appareillage pour l’installation assise :

Aucun 🞏

Fauteuil roulant manuel 🞏 Fauteuil roulant électrique 🞏

Coussin anti-escarres 🞏 Ceinture de sécurité 🞏

Corset siège 🞏 Têtière 🞏

Butée d’abduction 🞏 Bretelles 🞏

Tablette 🞏 Autres : ...………………………………..……………..…

* Consignes spécifiques pour l’installation assise : …………………………………………………………..…..…

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

* Appareillage pour le chaussage et la marche :

Aucun 🞏

Orthèse 🞏 Préciser …………………………………………………………………………………………

Semelles orthopédiques 🞏 Chaussures orthopédiques 🞏

Autres : ………………………………………………………………………………………….…………………………………...

**Le résident doit venir impérativement aves son fauteuil, sangles, ceintures et tout matériel de positionnement ou de contention spécifique.**