

1. Type(s) de dispositif(s)

Extrémité inférieure

Genou à microprocesseur

Genou mécanique

Pied prothétique

Autre dispositif prothétique Veuillez indiquer le type de dispositif non inclus dans ce formulaire que vous souhaitez essayer sur un patient :

Extrémité supérieure

Bras prothétique

Système de reconnaissance de formes

Dispositif terminal myoélectrique

Informations supplémentaires sur le dispositif

Veuillez indiquer les configurations supplémentaires - le cas échéant - que vous souhaiteriez inclure. Nous nous efforcerons de satisfaire vos besoins en collaboration avec le(s) fournisseur(s) spécifique(s).

Date proposée pour l'installation de la prothèse d'essai

Quelle est la date à laquelle vous souhaitez que l'appareil d'essai soit sur place pour l'essai sur un patient ?

Date proposée pour la fin de la période d'essai

Quelle est la date proposée pour la fin de la période d'essai par le patient ? Veuillez noter : Le Quattro et les autres dispositifs à microprocesseur sont prévus pour une période d'essai maximale de 14 jours.

2. Information sur le/la patient(e) :

Âge du patient _____ Genre du patient Mâle Femelle S/O

Côté amputé Gauche Droit Bilatéral

Est-ce que des fonds ont été obtenus pour ce dispositif ?
 Oui Non

Haut. du patient _____ Pouces cm

Poids _____ lb kg

Niveau d'activité

- Ambulatoire (K1)
- Faible niveau d'impact (K2)
- Actif (K3)
- Très actif / compétitif (K4)

Informations supplémentaires

Indiquez des informations supplémentaires relatives au patient, notamment le type d'amputation, la nature des complications, la (les) prothèse(s) utilisée(s), etc.

3. Informations relatives à l'établissement

Prothésiste faisant l'installation _____

Établissement faisant l'installation _____

N° de compte OrtoPed (si connu) _____

Adresse 1 _____

Adresse 2 _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Téléphone _____ Téléc. _____

Cellulaire _____

Courriel _____

Entente

En remplissant ce formulaire et en y apposant votre signature, vous acceptez les conditions générales suivantes :

Le dispositif d'essai doit être retourné à OrtoPed, par service accéléré, au plus tard à « l'échéance de la période d'essai ». Le non-respect de cette date peut compromettre le traitement d'autres demandes d'essai. J'assume l'entièr responsabilité de toute perte ou de tout dommage causé au dispositif d'essai au-delà de toute usure raisonnable. De plus, le dispositif doit être renvoyé dans son emballage original, en prenant soin de bien l'emballer afin de le protéger pendant le transport.

REMARQUE : les dispositifs d'essai Quattro et autres dispositifs à microprocesseur sont prévus pour une période d'essai maximale de 14 jours.

4. Signez ici (je reconnaiss et je déclare être lié aux conditions générales ci-jointes)

Signature _____ Date de la demande _____

Nom _____ PRÉNOM NOM _____

Titre _____



Approuvé : Oui Non

POUR USAGE EXCLUSIF PAR ORTOPED SRI

Autorisé par : _____

Date d'autorisation : _____