

## 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 inclut 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 souhaitez 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

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.

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

☐ Oui ☐ Non

## 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'entière 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 reconnais et je déclare être lié aux conditions générales ci-jointes)

Signature \_\_\_\_\_ Date de la demande \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

PRÉNOM NOM

Titre \_\_\_\_\_

## POUR USAGE EXCLUSIF PAR ORTOPED SRI

Approuvé : ☐ Oui ☐ Non

Autorisé par : \_\_\_\_\_

Date d'autorisation : \_\_\_\_\_