

## 1. Détails du dispositif

Fournisseur

Type de dispositif

Dispositif

Numéro de série du dispositif

Date d'achat (*si connue*)

Numéro de commande (*si connu*)

Date de l'ajustement (*si connue*)

Le dispositif est-il sous garantie ?  Oui  Non  Inconnu

Data à laquelle le prêt du dispositif est requis

### Problème lié au dispositif du patient

Veuillez documenter les problèmes rencontrés avec le dispositif. Merci d'inclure des photos et/ou des vidéos :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 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.*

## 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 prêté doit être retourné à OrtoPed, par service accéléré, à l'échéance de la période de prêt, lorsque le dispositif réparé ou remplacé est installé sur le patient. Le non-retour du dispositif de prêt dans les délais indiqués peut compromettre le traitement de futures demandes. Je reconnais que les demandes de prêt ne sont pas automatiquement approuvées : les dispositifs de prêt - que ce soit pour une évaluation ou une réparation sous garantie ou hors garantie - doivent être préalablement approuvés par le fournisseur, et peuvent inclure des frais d'expédition et de manutention applicables. Je reconnais également que les réparations d'un dispositif par le fournisseur peuvent inclure des frais supplémentaires si leur évaluation détermine que 1) un dispositif est hors garantie du fabricant, ou 2) que les dommages ou les problèmes avec le dispositif sont non caractéristiques des problèmes décrits ou ne sont pas couverts par la politique de garantie du fabricant. J'accepte l'entièvre responsabilité de toute perte ou de tout dommage occasionné à l'appareil prêté, au-delà de l'usure normale. De plus, le dispositif doit être retourné dans l'emballage qui a été reçu du fournisseur, en suivant les directives d'emballage afin de protéger le contenu pendant le transport.

## 4. Signez ici (*je reconnais 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 : \_\_\_\_\_