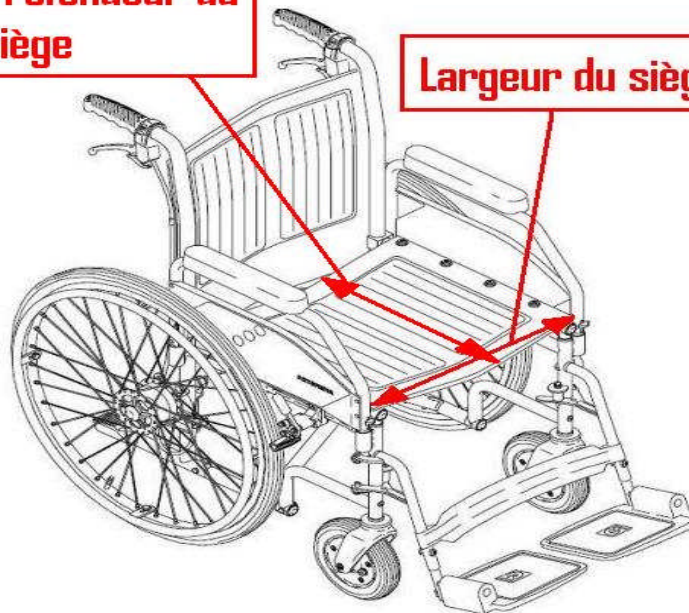


SMA asbl

Association sans but lucratif
Reconnue d'utilité publique

**Profondeur du
siège**

Largeur du siège



Nom :

Prénom :

Matricule :

(Cases obligatoires *)

Données du bénéficiaire		
Taille (cm)*	:
Poids (kg)*	:
Configuration chaise roulante		
Chaise roulante de base pliable*		<input type="checkbox"/>
Chaise de positionnement/gériatrique*		<input type="checkbox"/>
Largeur siège (cm) *	:
Profondeur siège (cm)*	:
Hauteur siège (sol-siège en cm)	:
Repose jambe :	gauche	<input type="checkbox"/>
	droite	<input type="checkbox"/>
	bilatérales	<input type="checkbox"/>
Tablette :	hémi-tablette gauche	<input type="checkbox"/>
	hémi-tablette droite	<input type="checkbox"/>
	tablette entière	<input type="checkbox"/>
Accoudoirs :	long	<input type="checkbox"/>
	court	<input type="checkbox"/>
Dossier réglable en tension		<input type="checkbox"/>
Coussin anti-escarres		
Pneumatique 10 cm de hauteur		<input type="checkbox"/>
Pneumatique 5 ou 7 cm de hauteur		<input type="checkbox"/>
Coussin en gel mixte		<input type="checkbox"/>
Coussin plaque en gel		<input type="checkbox"/>
Échange avec matériel existant		
		<input type="checkbox"/>

Seulement cocher si nécessaire. Si non laisser les cases vides.
N'oubliez pas d'annexer les ordonnances.

Adresse de livraison:

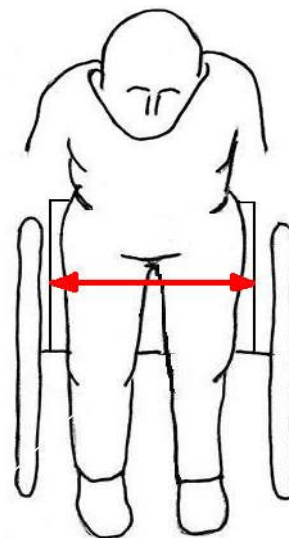
.....

Personne de référence avec Numero de téléphone :

.....

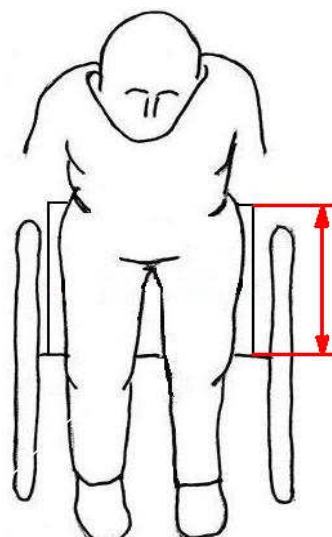
A renvoyer par télécopie au 40 95 17, par mail (kine@sma.lu) ou par courrier au 20-22, rue Geespelt, L-3378 LIVANGE
Formulaire uniquement destiné à l'usage des thérapeutes en institution en complément de l'ordonnance médicale

Largeur siège



Largeur hanche plus 2 cm

Profondeur siège



**Profondeur dos-genou
moins 2-3 cm**