



Cadre réservé au Médecin Conseil

- Service HandiTAC refusé
 - Service HandiTAC accordé
 - Accès TAC accompagné accordé
- Jusqu'au/..... /.....

BILAN MEDICAL ET FONCTIONNEL D'AUTONOMIE

L'accès au service HandiTAC est réservé aux personnes à mobilité réduite qui sont dans l'impossibilité de prendre les transports collectifs traditionnels TAC.

Identité de la personne

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Adresse du domicile : _____

Référent éventuel à contacter :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Lien avec le demandeur : _____

Nature de la pathologie

Nature du handicap

- Moteur, préciser : _____
- Sensoriel, préciser : _____
- Carte Canne Blanche oui non
 - Carte « Etoile Verte » oui non
- Mental, préciser : _____
- Psychique, préciser : _____
- Autre, préciser : _____

Durée du handicap

- Permanente
- Temporaire. Durée prévisionnelle : _____ semaines.

Marche et équilibre

- Station debout possible pendant au moins 10mn oui non ne sais pas
- Instabilité à la marche oui non ne sais pas
- Franchissement de 3 marches possible oui non ne sais pas
- Usage des mains :
 - Limité : oui non ne sais pas
 - Impossible : oui non ne sais pas
- Incapacité à la marche : oui non ne sais pas

Les aides nécessaires : _____

Nécessité d'une tierce personne

- Accompagnement **permanent**, de porte à porte (pour une assurance à la marche, troubles de l'équilibre, risque de désorientation, trouble du comportement ...)
 oui non ne sais pas
- Pour l'installation dans un véhicule (*montée, descente*)
 oui non ne sais pas
- Durant le transport (*appareillage, trouble du comportement*)
 oui non ne sais pas

Troubles comportementaux

- Incapacité à s'orienter dans l'espace et dans le temps
O oui O non O ne sais pas
- Agitation
O oui O non O ne sais pas

Informations complémentaires (utiles à l'étude du dossier)

Suivi médical du demandeur assuré depuis : _____
(Date ou nombre d'années)

Prescription médicamenteuse actuelle :

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

Nom du médecin : _____

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

signature et cachet du médecin