



**Cadre réservé au Médecin Conseil**

- Service HandiTAC refusé
  - Service HandiTAC accordé
  - Accès TAC'compagné 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 : \_\_\_\_\_

Réfèrent éventuel a contacter :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

## **Comment remplir votre dossier de candidature ?**

1/Prenez connaissance du règlement HandiTAC

2/Remplissez la fiche d'inscription

3/Transmettez le présent bilan fonctionnel à votre médecin traitant et faites-lui remplir le bilan fonctionnel d'autonomie

4/Mettre ce bilan fonctionnel dans une enveloppe indiquant :  
Bilan fonctionnel/Ne pas ouvrir/ Confidentiel

5/Envoyez votre enveloppe bilan fonctionnel et la fiche d'inscription à l'adresse ci-dessous :

**TP2A, service Handi' TAC, 6 rue des Biches, 74100 VILLE LA GRAND.**

Le bilan fonctionnel sera transmis directement par l'exploitant du service au médecin conseil Handi'tac.

Une réponse vous sera apportée par le service dans les meilleurs délais.

# Bilan médical et fonctionnel d'autonomie

(questionnaire médical confidentiel à remplir par un médecin)

## 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 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Instabilité à la marche                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Franchissement de 3 marches possible          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Usage des mains :                             |                              |                              |                                      |
| Limité :  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| Impossible :                                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Incapacité à la marche :                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Les aides nécessaires : _____                 |                              |                              |                                      |
- 
- 

## Nécessité d'une tierce personne

- |  |                              |                              |                                      |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| • Accompagnement permanent ( <i>risque de désorientation</i> )         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Pour une rassurance à la marche                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Pour l'installation dans un véhicule ( <i>montée, descente</i> )     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| • Durant le transport ( <i>appareillage, trouble du comportement</i> ) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> 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**