



**Programme d'attribution
des triporteurs
et des quadriporteurs :**
Guide de gestion

JANVIER 2011



Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61279-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

**MEMBRES DU PREMIER ET DU DEUXIÈME GROUPE DE TRAVAIL SUR LES AIDES
À LA MOBILITÉ : TRIPORTEUR ET QUADRIPORTEUR**

Monsieur Christian Vancaenenbroeck
Madame Chantal Guérette
Institut de réadaptation en
déficiência physique de Québec

Madame Denise Bernard
Centre de réadaptation Marie Enfant
Centre hospitalier universitaire Sainte Justine

Monsieur André Bovet
Office des personnes handicapées du Québec

Monsieur Ahcène Bourihane
Monsieur Pierre-Ulric Careau
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Céline Dagenais
CLSC des Hautes-Marées

Madame Carole Dessureault
CLSC de Pierrefonds

Madame Danielle Dessureault
Madame Chantal Drolet
Madame Sheroo Madon
Institut de réadaptation de Montréal

Madame Françoise Limoges
CLSC du Marigot

Madame Magali Plante
Société canadienne de la sclérose en plaques
Division du Québec

Madame Michèle Salvail
Association canadienne de la dystrophie
musculaire (Division du Québec)

Madame Annie St-Hilaire
CLSC Drummond

Madame France Fortin
Centre de réadaptation en déficiência
physique InterVal

**MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI DU PROGRAMME DES AIDES
À LA MOBILITÉ : TRIPORTEUR ET QUADRIPORTEUR**

Madame Chantal Drolet
Madame Rollande Moreau
Institut de réadaptation de Montréal

Madame Guylaine Pépin
Office des personnes handicapées du
Québec

Madame Marie-Claude Beauchamp
Monsieur Alain Côté
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Monsieur Benoit Bernatchez
Madame Céline Dagenais
Régie de l'assurance maladie du Québec

Madame Chantal Guérette
Madame Johanne Powell
Madame Sophie Gagnon
Institut de réadaptation en déficiência physique de Québec

**MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI DU PROGRAMME D'ATTRIBUTION
DES TRIPORTEURS ET DES QUADRIPORTEURS EN 2010**

Monsieur Yves Fleury
Office des personnes handicapées du Québec

Madame Nancy Fiset
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Chantal Drolet
Madame Rollande Moreau
Madame Marie-Ève Clavet
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal

Madame Céline Dagenais
Régie de l'assurance maladie du Québec

Madame Chantal Guérette
Madame Johanne Powell
Madame Sophie Gagnon
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Nous portons à votre attention que les annexes XIII à XVII sont valides du 1 mars 2011 au 28 février 2013

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	OBJECTIFS.....	2
3.	PRINCIPES DIRECTEURS.....	2
3.1.	Principes généraux	2
3.2.	Principes de gestion du programme	3
3.3.	Principes d'attribution et de distribution des aides techniques	4
4.	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ.....	5
4.1.	Clientèle admissible	5
4.2.	Clientèle non admissible (facteurs d'exclusion).....	5
5.	MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES AIDES.....	6
5.1.	Principes d'attribution.....	6
5.2.	Cheminement de la demande.....	7
5.3.	Modalités de recours en cas de refus d'attribution.....	11
6.	RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS PALIERS	11
6.1.	Responsabilités du Ministère	11
6.2.	Responsabilités des mandataires.....	12
6.3.	Responsabilités de l'établissement demandeur	12
6.4.	Responsabilités de l'utilisateur.....	13
7.	MODALITÉS D'ACHAT ET DE PAIEMENT.....	14
8.	MODALITÉS DE RÉCUPÉRATION, DE VALORISATION ET DE RÉATTRIBUTION	14
9.	SUIVI DU PROGRAMME.....	15
10.	LISTE DES AIDES ET MÉTHODE DE SÉLECTION D'UN APPAREIL	15
	ANNEXE I – INDEX DES TERRITOIRES RESPECTIFS	17
	ANNEXE II – DÉFINITIONS	19
	ANNEXE III – GLOSSAIRE	21
	ANNEXE IV – DEMANDE D'AIDE MATÉRIELLE	23
	ANNEXE V – RAPPORT D'ÉVALUATION : Bilan fonctionnel et physique.....	27
	ANNEXE VI – PORTRAIT MÉDICAL	33
	ANNEXE VII – ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE CONDUIRE	35
	ANNEXE VIII – RÉPARATION	37
	ANNEXE IX – SÉCURITÉ ROUTIÈRE.....	39
	ANNEXE X – TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ	41
	ANNEXE XI – CONFIRMATION DE L'UTILISATION	43
	ANNEXE XII - DEMANDE DE REMPLACEMENT	45
	ANNEXE XIII – LISTE DES APPAREILS	47
	ANNEXE XIV – BONS DE COMMANDE	53
	ANNEXE XV – RÉSEAU DE DISTRIBUTION.....	65
	ANNEXE XVI – TABLEAU DES GARANTIES	71
	ANNEXE XVII – GRILLE DE RÉFÉRENCE	73

1. INTRODUCTION

Lors du transfert des programmes de l'Office des personnes handicapées du Québec, la responsabilité des triporteurs et des quadriporteurs a été attribuée au ministère de la Santé et des Services sociaux. À cette époque, un comité de travail mis en place pour évaluer la pertinence de poursuivre l'attribution de ces appareils a conclu que ceux-ci contribuent à l'intégration sociale, scolaire ou professionnelle des personnes concernées.

Il est démontré cliniquement que le triporteur et le quadriporteur occupent une place importante dans le quotidien de plusieurs personnes handicapées en tant qu'aides à la mobilité. Ils offrent une autonomie de déplacement aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou respiratoire et à celles qui n'ont pas la capacité physique de marcher sur de moyennes et longues distances.

Enfin, le triporteur et le quadriporteur permettent à des personnes atteintes d'une maladie évolutive de maintenir un certain niveau d'activité durant quelques années avant d'avoir à faire usage d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée.

En 2001, une consultation auprès d'organismes publics et communautaires sur un projet de guide de gestion a eu lieu. Les commentaires et les recommandations formulés alors ont été pris en compte, et le premier guide de gestion a vu le jour.

Depuis 2003, le Ministère confie à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le mandat de procéder à l'homologation des triporteurs et des quadriporteurs, puis de procéder à un appel d'offres pour l'achat des appareils. Ces démarches permettent de dresser une liste de triporteurs et de quadriporteurs sécuritaires et de qualité, dont les prix sont standardisés. Le guide de gestion est révisé périodiquement afin de tenir compte de l'évolution du programme et des nouveautés.

Le guide de gestion traite des objectifs du programme, des principes directeurs de gestion, de la clientèle admissible, des modalités d'attribution des appareils, des responsabilités des différents paliers, des modalités d'achat et de paiement, de la valorisation, du suivi et de l'évaluation du programme. La nouvelle liste d'appareils et la méthode de sélection d'un appareil se trouvent à l'annexe XIII.

2. OBJECTIFS

Le programme sur les aides à la mobilité visait au départ à regrouper au sein du réseau de la santé et des services sociaux certaines des anciennes activités de l'Office des personnes handicapées du Québec, dont celles qui concernent les triporteurs et quadriporteurs pour les personnes ayant une déficience motrice ou organique. Il vise notamment à :

- promouvoir l'uniformité nationale et à trouver des solutions pour améliorer les services d'attribution et de distribution des aides techniques aux personnes ayant des incapacités;
- harmoniser les critères d'attribution et de distribution des aides techniques nécessaires à l'autonomie et à la sécurité des personnes ayant des incapacités, de manière à mieux répondre à leurs besoins;
- encadrer les procédures administratives auxquelles doivent se plier la clientèle, les mandataires et les établissements demandeurs. La centralisation de ce programme doit permettre d'acquérir une meilleure connaissance des aides attribuées afin d'assurer une plus grande sécurité des personnes et d'offrir des produits présentant le meilleur rapport qualité-prix;
- donner au Ministère un bilan périodique des aides fournies, des coûts et des mesures à prendre pour éviter des iniquités.

3. PRINCIPES DIRECTEURS

Les aides techniques à la mobilité doivent faciliter le maintien des personnes handicapées dans leur milieu en favorisant leur intégration sociale. Pour atteindre cet objectif, on doit tenir compte des principes qui suivent.

3.1. Principes généraux

- 3.1.1. Il faut s'assurer de maintenir l'universalité, l'accessibilité et la gratuité des aides techniques pour faciliter la mobilité. Les personnes ayant des incapacités et qui sont couvertes par le présent programme doivent recevoir les aides assurées le plus près possible de leur milieu de vie.
- 3.1.2. Les aides attribuées ainsi que les budgets dégagés doivent servir aux fins de ce programme seulement; ces derniers ne doivent en outre pas être utilisés pour défrayer d'autres types d'aides ou de services.

3.1.3. Le présent programme ne constitue qu'un volet parmi ceux qui sont nécessaires à l'intégration ou à la réintégration sociales des personnes ayant des incapacités. Des mécanismes assurant la concertation et la complémentarité avec les autres programmes (programmes gérés par la Régie de l'assurance maladie, adaptation du domicile, maintien à domicile, équipements spécialisés, etc.) devront être privilégiés de façon à demeurer centré sur les besoins globaux de la personne. Le plan de services individualisés et le plan d'intervention individualisé sont des outils prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux qu'il conviendra d'utiliser chaque fois que les besoins de la personne le justifient.

3.2. Principes de gestion du programme

3.2.1. La gestion de ce programme est confiée à deux mandataires, soit l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) pour l'ouest du Québec, et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP) pour l'est du Québec (voir à l'annexe I les territoires respectifs des mandataires).

3.2.2. L'évaluation globale du programme et le contrôle financier sont maintenus au niveau national.

3.2.3. Les mandataires doivent prévoir un mécanisme d'attribution et de distribution des aides conforme aux dispositions du présent guide de gestion, tout en tenant compte de la clientèle.

3.2.4. Les mandataires devront évaluer périodiquement le programme et son niveau d'atteinte des résultats en ce qui concerne les usagers visés, les aides fournies et les coûts.

3.2.5. Des frais de gestion correspondant à 10 % du budget sont accordés aux mandataires pour l'administration de ce programme.

3.2.6. Dans l'application du programme, on doit faire en sorte que le processus d'évaluation des besoins et de recommandation soit dissocié de la décision de financer ou non l'aide technique.

3.2.7. Les ressources financières allouées doivent être utilisées judicieusement dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée. Dans cet esprit, il faudra associer la clientèle, les professionnels, les gestionnaires et les partenaires au processus sélectif d'attribution des aides techniques et les responsabiliser à cet égard.

3.2.8. L'aide technique financée en vertu de ce programme est prêtée à l'utilisateur par le réseau de la santé et des services sociaux, qui en devient le propriétaire légal. Comme pour tout objet prêté, l'utilisateur doit l'utiliser et en prendre soin comme s'il s'agissait de son propre bien, conformément aux conditions stipulées au moment de l'attribution de l'aide.

3.3. Principes d'attribution et de distribution des aides techniques

- 3.3.1. La démarche d'attribution d'une aide technique doit découler d'une évaluation globale des besoins de la personne et de son environnement, et doit s'inscrire dans le processus d'adaptation et de réadaptation mentionné dans les orientations ministérielles en déficience physique.
- 3.3.2. L'aide à la mobilité doit être bien adaptée à la personne qui l'utilise. Cette dernière doit bénéficier d'une information pertinente, d'un entraînement adéquat et d'un suivi postattribution.
- 3.3.3. En outre, dans l'optique d'une meilleure efficacité et efficience, l'aide attribuée doit être la plus fonctionnelle possible tout en offrant le meilleur rapport qualité-prix.
- 3.3.4. Les organismes engagés dans l'application du programme doivent traiter la demande de l'usager dans les plus brefs délais.
- 3.3.5. Les mandataires doivent instaurer sur leur territoire un mécanisme formel de gestion du parc d'aides techniques qui englobe la récupération, la remise en état et la réattribution de ces aides (valorisation).
- 3.3.6. Les mandataires et tout établissement demandeur doivent adhérer aux principes sous-jacents à l'attribution des modèles de triporteurs et de quadriporteurs :
 - Le programme vise à fournir l'équipement au plus grand nombre de personnes admissibles.
 - L'équipement est une aide à la locomotion; il ne peut compenser les problèmes de transport adapté de la personne. Toutefois, le lieu et l'environnement de même que les habitudes de vie doivent être pris en considération.
- 3.3.7. L'aide technique est essentielle dans les activités courantes quotidiennes de la personne, et l'attribution pour seul motif de loisirs est exclue.
- 3.3.8. Toutes les solutions doivent être analysées (le soutien de la communauté, l'ensemble des aides techniques) dans une logique d'attribution du plus simple au plus complexe.
- 3.3.9. La personne ne peut avoir deux aides techniques motorisées.

4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

4.1. Clientèle admissible

- 4.1.1. Le programme s'adresse aux personnes dont la déficience (1), congénitale ou acquise, d'un système organique (2) entraîne ou, selon toute probabilité et de façon imminente, entraînera des incapacités (3) significatives (4) et persistantes (5) causant des limitations sur les habitudes de vie (6) et se traduisant ou risquant de se traduire par des situations de handicap (7) (voir l'annexe II, Définitions).
- 4.1.2. Est admissible la clientèle pédiatrique et adulte qui répond aux critères d'admissibilité pour l'obtention d'un fauteuil roulant motorisé du programme d'appareils suppléant à une déficience physique. Ces appareils sont assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie, sur présentation d'une évaluation effectuée par un ergothérapeute ou un physiothérapeute. L'évaluation doit démontrer que seul un triporteur ou un quadriporteur peut répondre aux besoins particuliers de la personne en tenant compte des éléments suivants : le maintien de ses capacités, son autonomie, son intégration sociale et la nature évolutive de sa maladie.
- 4.1.3. Les personnes admises doivent vivre à leur domicile ou en ressource de type familial (voir l'annexe III, Glossaire).

4.2. Clientèle non admissible (facteurs d'exclusion)

- 4.2.1. Est exclue du présent programme toute personne bénéficiant, pour des aides de même type (ambulateur, fauteuil roulant motorisé, triporteur ou quadriporteur), de la couverture d'un autre programme national ou fédéral, notamment ceux administrés par le ministère des Anciens Combattants, la Société de l'assurance automobile (SAAQ), la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), la Régie de l'assurance maladie du Québec (fauteuil roulant motorisé), ou par tout autre organisme ou ressource remboursant en totalité le coût de l'équipement couvert par ce programme, notamment les programmes d'assurances privées. Toutefois, dans le cas d'une couverture par des assurances privées, le programme peut payer la partie non couverte par l'assurance à la condition que la personne elle-même, ou son représentant, fasse les démarches. Dans ce cas, la personne accepte par contre ainsi de transférer la propriété de l'équipement au programme (voir l'annexe X, Transfert de propriété).

4.2.2. Sont exclues du programme les personnes couvertes en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui sont admises dans un établissement public, un centre d'hébergement public, incluant les ressources intermédiaires (voir l'annexe III, Glossaire), ou qui sont hébergées dans une ressource d'hébergement qui accueille plus de neuf personnes ou un centre d'accueil privé.

4.2.3. Toute personne qui ne se conforme pas aux exigences du présent programme est exclue.

5. MODALITÉS D'ATTRIBUTION DES AIDES

5.1. Principes d'attribution

L'équipement recommandé rendra la personne ayant une déficience motrice ou organique plus autonome et permettra son maintien dans son milieu. L'utilisation doit être permanente.

L'équipement doit compenser adéquatement les incapacités sévères à la marche sur une distance de plus ou moins 30 mètres.

La personne doit présenter des difficultés importantes à propulser un fauteuil roulant manuel sur une distance de plus ou moins 150 mètres.

La personne doit effectuer ses transferts de façon autonome.

La personne doit avoir une vision et des capacités perceptivo-cognitives suffisantes.

La personne ayant une déficience organique doit présenter un déficit respiratoire du groupe B (selon la classification utilisée par la Régie des rentes du Québec) attesté par un pneumologue, ou un déficit cardiovasculaire de classe IV (selon la classification NYHA – New York Heart Association) attesté par un cardiologue (voir l'annexe VI). Sans avoir de déficience motrice, elle doit démontrer qu'elle a une incapacité sévère à la marche sur une distance de plus ou moins 30 mètres.

La personne ne doit pas nécessiter d'une aide technique à la posture ou un coussin spécial soit installé sur l'appareil.

Aux fins du présent programme, le domicile de la personne doit correspondre à sa résidence principale.

L'attribution de l'équipement doit être établie en fonction de l'interaction entre :

- les déficiences établies médicalement;
- les incapacités sévères à la marche et la difficulté de propulsion;
- le milieu de vie de la personne;
- les activités et les occupations quotidiennes de la personne ainsi que celles des personnes de son entourage;
- les aides techniques à la mobilité utilisées;
- l'intérêt et la motivation de la personne.

Pour obtenir un quadriporteur ou un triporteur, la personne doit être capable de se rendre à son appareil seule, et être capable de le sortir et de le remettre elle-même. Elle doit disposer d'un lieu sécuritaire et accessible pour le rangement de son appareil.

5.2. Cheminement de la demande

5.2.1. Attribution initiale

Rôle de l'utilisateur

L'utilisateur doit fournir à l'établissement demandeur :

- une demande d'aide matérielle dûment remplie, mentionnant les raisons de la demande d'un triporteur ou d'un quadriporteur (voir l'annexe IV);
- un portrait médical (voir l'annexe VI).

Rôle de l'établissement demandeur

L'établissement demandeur doit fournir au mandataire :

- une attestation de l'accessibilité du domicile pour le remisage de l'appareil;
- un bilan médical attestant les déficiences limitant la capacité de propulsion et la mobilité;
- un bilan fonctionnel et physique (voir l'annexe V) comprenant une évaluation globale des besoins de la personne et la recommandation de l'aide appropriée doivent être faites par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.
- Cette évaluation doit mettre en relief la nature et le degré de sévérité des incapacités à la marche et à la propulsion d'un fauteuil roulant manuel causées par les déficiences et les incapacités décrites dans le portrait médical;
- une attestation de l'essai de l'appareil choisi* et de son utilisation sécuritaire par la personne :

L'évaluation fonctionnelle faite par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute doit attester la capacité de la personne à utiliser l'équipement recommandé ou l'utilisation antérieure d'un équipement semblable. L'essai dans le milieu de vie est fortement recommandé.

L'évaluation doit examiner l'interaction du triporteur ou du quadriporteur avec les aides techniques à la mobilité déjà présentes ainsi que l'accessibilité du milieu et les habitudes de vie de la personne;

* L'ergothérapeute ou le physiothérapeute doit préalablement vérifier auprès du mandataire si un appareil valorisé répond aux besoins de l'utilisateur.

- une recommandation qui précise le type d'équipement, la marque, le modèle et les composants essentiels à l'autonomie et à la sécurité de la personne. Le choix du modèle doit se faire selon la méthode de sélection d'un appareil présentée avec la liste des aides couvertes à l'annexe XIII (Liste des aides et méthode de sélection d'un appareil).

L'ergothérapeute ou le physiothérapeute doit fournir le bon de commande de l'appareil et le signer, attestant ainsi sa conformité avec l'évaluation des besoins de l'utilisateur.

Rôle du mandataire

La tâche du mandataire consiste à :

- recevoir la demande d'aide technique;
- étudier le dossier. L'analyse de la demande et la décision d'accorder ou de refuser l'aide respectent les modalités retenues et prévues dans le présent guide de gestion du programme. De l'information supplémentaire peut être nécessaire avant de rendre la décision;
- lorsque l'aide est acceptée, envoyer à l'utilisateur les documents suivants :
 - lettre d'autorisation originale,
 - bon de commande original signé,
 - consignes de sécurité routière (voir l'annexe IX, Sécurité routière),
 - consignes pour la réparation de l'appareil (voir l'annexe VIII, Réparation),
 - liste des services d'aides techniques;
- lorsque l'aide est acceptée, envoyer à l'établissement demandeur les documents suivants :
 - copie de la lettre d'autorisation (à l'intention de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute);
 - copie du bon de commande original signé,
 - formulaire de confirmation de l'utilisation de l'appareil (voir l'annexe XI, Confirmation de l'utilisation),
 - autocollant personnalisé à apposer sur l'appareil et attestant qu'il est la propriété du Ministère (quatre premières lettres du numéro d'assurance maladie avec numéro de dossier);
- acquitter, sur réception, la facture du point de vente et de service choisi selon les modalités prévues par le guide de gestion;
- lorsque l'aide est refusée, envoyer à l'utilisateur le document suivant :
 - copie de la lettre de refus;
- lorsque l'aide est refusée, envoyer à l'établissement demandeur le document suivant :
 - lettre de refus originale.

Note : Le mandataire doit fournir en priorité l'équipement disponible qui a été remis en état → Appareil valorisé.

5.2.2. Suivi postattribution

Usager

L'usager, comme cela a été convenu au moment de la signature du formulaire d'engagement, doit faire assurer son appareil selon sa valeur à neuf. Les frais d'assurance sont à sa charge.

Établissement demandeur

Une fois le triporteur ou le quadriporteur livré à l'usager et utilisé par celui-ci, un suivi est effectué au maximum trois mois après l'attribution par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute de l'établissement demandeur, pour s'assurer que l'équipement remplit bien sa fonction, qu'il répond aux attentes de la personne et qu'il atteint les objectifs. L'ergothérapeute ou le physiothérapeute appose l'autocollant sur l'appareil et envoie le formulaire de confirmation au mandataire.

Mandataire

Les tâches du mandataire sont :

- de recevoir la confirmation de l'utilisation de l'appareil;
- de s'assurer que l'appareil reçu est conforme aux recommandations de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute.

5.2.3. Réparation et garantie

Usager

Durant la période de garantie, l'usager doit faire vérifier son équipement par le point de vente et de service. Par la suite, la réparation de l'équipement doit être effectuée au point de vente et de service, chez un détaillant autorisé ou dans un établissement ayant un service d'aides techniques (SAT). Dans tous les cas, il faut acheminer l'estimation du coût des réparations au mandataire pour obtenir l'autorisation de les faire effectuer (voir l'annexe VIII, Réparation).

Mandataire

Pour un triporteur ou un quadriporteur ayant été fourni par la personne ou par un autre organisme, le mandataire accepte de prendre en charge les réparations, pour autant que la personne ou l'organisme accepte de transférer la propriété de l'équipement au programme. La personne doit de plus répondre aux critères du programme et suivre le processus d'attribution.

Le mandataire assume le coût du service de réparation et d'entretien de l'appareil après la période de garantie accordée par le fournisseur. La décision de réparer ou non un appareil doit tenir compte de sa durée de vie utile, de son état général, de la disponibilité des pièces et des garanties convenues au moment de l'achat de l'appareil.

Les périodes de garantie prévues dans le contrat du fournisseur s'appliquent.

5.2.4. Remplacement

Usager

Si le remplacement est dû à un changement de condition physique ou à une détérioration de l'appareil, l'utilisateur doit signer un nouvel engagement (annexe IV). En cas de feu, de vol, de perte ou de négligence, l'utilisateur s'engage à remplacer le triporteur ou le quadriporteur par un appareil de marque et de modèle figurant sur la liste des aides couvertes, et ce, après entente avec le mandataire.

L'utilisateur s'engage à faire assurer le nouvel appareil et à fournir au mandataire l'information suivante à son sujet : son numéro de série, la durée de garantie du fournisseur et la date de prise de possession (voir l'annexe IV, Demande d'aide matérielle).

Le remplacement d'un appareil pour le seul motif qu'il a été perdu, volé ou détruit n'est toutefois pas assuré, et ce, pendant une période de deux ans à compter du sinistre ou du bris irréparable. Cette période de deux ans cesse dès que survient la fin de la durée de vie utile minimale de l'appareil, et il n'y a pas lieu de l'appliquer au-delà de la fin de cette période. Cette période cesse également si l'utilisateur remplace l'appareil à ses frais, selon les termes convenus avec le mandataire.

Établissement demandeur

Il est de la responsabilité de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute de l'établissement demandeur de procéder à la demande de remplacement en fournissant les documents nécessaires comme au moment de la demande d'attribution initiale. Lorsque le triporteur ou le quadriporteur doit être remplacé à cause de l'usure ou à cause d'un coût de réparation dépassant 80 % du coût initial, s'il n'y a pas de changement dans la condition physique de la personne, une nouvelle attestation médicale n'est pas nécessaire.

Pour toute personne s'étant vu octroyer un triporteur ou un quadriporteur par l'intermédiaire de l'Office des personnes handicapées du Québec, le fiduciaire accepte d'évaluer la demande de remplacement lorsque l'appareil doit être remplacé à cause de l'usure ou parce que les coûts de réparation excèdent 80 % du coût initial. Toutefois, la personne doit répondre aux critères et aux modalités du programme et suivre le processus d'attribution.

Mandataire

Le remplacement est accepté seulement :

- s'il y a des changements dans la condition physique de la personne qui sont justifiés médicalement;
- ou si, à l'expiration de sa durée de vie utile minimale, le triporteur ou le quadriporteur ne peut plus fonctionner dans des conditions d'utilisation normale, ou si les réparations et l'entretien à effectuer pour sa remise en état sont jugés trop coûteux par le mandataire.

Note : La durée de vie utile minimale d'un triporteur ou d'un quadriporteur, laquelle court à compter de l'attribution initiale, est de sept ans.

5.3. Modalités de recours en cas de refus d'attribution

Des modalités de recours sont prévues si une personne se voit refuser l'attribution d'un triporteur ou d'un quadriporteur.

- En premier lieu, l'établissement demandeur doit fournir, le cas échéant, toute information additionnelle sur la personne qui pourrait faire en sorte que l'établissement mandataire revoie sa décision.
- Si le refus est maintenu, la personne peut ensuite adresser une plainte au responsable des plaintes de l'établissement mandataire.
- Si le responsable des plaintes de l'établissement mandataire confirme la décision initiale de ne pas attribuer l'équipement à la personne, celle-ci peut alors adresser une requête au comité administratif formé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont le mandat est d'examiner les décisions rendues par les établissements mandataires lorsqu'elles sont l'objet d'une procédure de demande de révision.

Cette procédure ne s'applique que dans les situations où une personne se voit refuser l'attribution d'un triporteur ou d'un quadriporteur. Si la plainte porte plutôt sur la qualité ou l'accessibilité des services, la personne doit suivre la procédure prévue par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

6. RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS PALIERS

6.1. Responsabilités du Ministère

Les responsabilités du Ministère sont les suivantes :

- 6.1.1. Assurer le financement du programme par la répartition de l'enveloppe budgétaire annuelle entre les deux mandataires en fonction des besoins de la clientèle.
- 6.1.2. S'assurer du respect des principes énoncés dans ce guide de gestion, et statuer sur les mesures à prendre pour suivre l'utilisation des fonds et l'évolution des besoins des usagers de ce programme.
- 6.1.3. Accorder des budgets suffisants pour répondre aux besoins réels de la clientèle visée.
- 6.1.4. S'assurer que les mandataires lui communiquent annuellement les données sur la gestion globale du programme en matière d'admissibilité, d'aides couvertes, d'affectation budgétaire ainsi que de problèmes rencontrés dans l'application du programme.

- 6.1.5. S'assurer que les mandataires procèdent à l'évaluation annuelle du programme et de son niveau d'atteinte des résultats.

6.2. Responsabilités des mandataires

Les responsabilités des mandataires sont les suivantes :

- 6.2.1. Respecter l'enveloppe budgétaire allouée par le Ministère et les modalités de gestion financière.
- 6.2.2. Appliquer le cadre de gestion présenté dans ce guide.
- 6.2.3. Recevoir et analyser les demandes et justifier leurs décisions auprès de l'établissement demandeur.
- 6.2.4. Instaurer un mécanisme d'échange assurant l'application uniforme du guide de gestion par les mandataires.
- 6.2.5. Assumer la responsabilité de la gestion des budgets et en assurer le suivi.
- 6.2.6. Distribuer l'information aux établissements demandeurs et, sur demande, aux associations de personnes handicapées.
- 6.2.7. Mettre en place un processus de reddition de comptes qui puisse fournir au Ministère les renseignements requis touchant l'administration du programme.
- 6.2.8. Acheminer l'information sur la sécurité routière à l'utilisateur.

6.3. Responsabilités de l'établissement demandeur

Les responsabilités de l'établissement demandeur sont les suivantes :

- 6.3.1. Recevoir la demande de l'utilisateur.
- 6.3.2. Décider de la recevabilité de la demande en fonction des critères du programme.
- 6.3.3. Évaluer les besoins de la personne selon les mécanismes mis en place par les mandataires.
- 6.3.4. Faire signer le formulaire d'engagement à l'utilisateur.
- 6.3.5. Attester l'essai et l'utilisation sécuritaire de l'appareil, et fournir les recommandations appropriées en tenant compte des principes mis en avant par le programme.
- 6.3.6. Recevoir et transmettre l'information à l'utilisateur tout le long du processus de demande d'aide matérielle.

- 6.3.7. S'assurer que l'aide acquise correspond bien à ce qui est recommandé et, au besoin, procéder au suivi requis; par exemple, un changement dans la condition physique de la personne pourrait nécessiter une réévaluation de sa capacité de conduire, ou tout autre problème qui pourrait avoir des répercussions sur sa capacité à conduire de façon sécuritaire.
- 6.3.8. Renvoyer l'appareil au service d'aides techniques si l'utilisateur présente des capacités motrices ou perceptivo-cognitives insuffisantes pour une conduite sécuritaire de l'appareil.
- 6.3.9. Aviser le mandataire du déménagement de l'utilisateur ou de la non-utilisation de l'équipement par l'utilisateur.
- 6.3.10. Informer les mandataires de la disponibilité des appareils sur son territoire.

6.4. Responsabilités de l'utilisateur

Les responsabilités de l'utilisateur sont les suivantes :

- 6.4.1. Prendre une assurance pour les coûts de remplacement en cas de feu, de vol, de perte ou de négligence.
- 6.4.2. Faire les démarches nécessaires auprès de son assurance ou toute autre action demandée par l'établissement demandeur pour compléter la demande.
- 6.4.3. S'engager à collaborer à la demande.
- 6.4.4. Assumer les responsabilités précisées dans le formulaire d'engagement signé : « Je m'engage à aviser l'IRDPO ou l'IRGLM si l'aide n'est plus utilisée ou si un fauteuil roulant motorisé m'est accordé par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon l'article 53 du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique. Je m'engage également à retourner cette aide dans un service d'aides techniques (motricité) du réseau de la santé et des services sociaux du Québec afin de permettre qu'elle soit attribuée à quelqu'un d'autre. »
- 6.4.5. Utiliser l'appareil selon le guide de l'utilisateur du fournisseur et selon ce qui est recommandé par l'établissement demandeur, se comporter en utilisateur avisé en veillant sur l'appareil prêté tout en l'utilisant de façon normale, et suivre les consignes ou règles établies en matière de sécurité routière (voir l'annexe IX).
- 6.4.6. Voir à ce que l'entretien régulier de l'aide technique fournie par l'établissement soit fait par le point de vente et de service ou par un service d'aides techniques.
- 6.4.7. Aviser l'établissement demandeur lorsqu'il n'utilise plus son équipement.

6.4.8. Aviser l'établissement demandeur s'il déménage dans une autre région administrative.

6.4.9. Accepter de transmettre la propriété de l'équipement qu'il a acquis, par lui-même ou par un autre organisme, s'il veut bénéficier des services offerts par le programme du Ministère.

7. MODALITÉS D'ACHAT ET DE PAIEMENT

Les mandataires décideront du moyen le plus approprié pour organiser le processus d'achat et de facturation.

8. MODALITÉS DE RÉCUPÉRATION, DE VALORISATION ET DE RÉATTRIBUTION

- Le mandataire devra instaurer une procédure de récupération des appareils fournis, utiliser les capacités d'entreposage de son territoire et tenir à jour un inventaire des appareils.
- Lorsqu'une personne admissible au présent programme n'utilise plus l'appareil ou qu'elle décède, ce dernier doit être retourné au service d'aides techniques de sa région.
- La gestion du parc d'appareils doit être faite par les mandataires, tout particulièrement en ce qui concerne la banque de renseignements sur la tenue de l'inventaire. Les mandataires doivent décider de la façon la plus efficace d'entreposer les appareils sous leur responsabilité.
- Pour permettre une circulation et un renouvellement adéquats des aides attribuées par ce programme :
 - l'utilisateur avise l'établissement demandeur de la non-utilisation de l'appareil;
 - l'établissement demandeur informe le service d'aides techniques de sa région de la non-utilisation d'un appareil. Ce service d'aides techniques devra récupérer l'appareil en question et informer le mandataire de ses caractéristiques, pour permettre son attribution à un autre usager de cette région;
 - le mandataire est responsable de la réattribution de l'équipement.
- Le mandataire doit fournir en priorité l'équipement disponible qui a été remis en état (appareil valorisé).
- La personne qui refuse un équipement remis à neuf adapté à ses besoins est réputée l'avoir reçu et ne peut prétendre à la même aide technique pour une période de deux ans.
- Toute personne qui ne se conforme pas aux exigences de ce programme en est exclue.
- Le système de récupération des équipements mis en place par les mandataires devra être confié aux établissements ayant un service d'aides techniques.

9. SUIVI DU PROGRAMME

Afin d'avoir une évaluation juste du programme et de statuer sur les mesures à prendre pour garantir sa pérennité, de l'information de gestion doit être fournie au Ministère. Une rencontre annuelle d'un comité composé de représentants du Ministère, de l'Office des personnes handicapées, de la Régie de l'assurance maladie et des mandataires sera planifiée pour suivre l'évolution du programme. La rencontre se déroulera au printemps de chaque année.

10. LISTE DES AIDES ET MÉTHODE DE SÉLECTION D'UN APPAREIL

Pour la liste des aides couvertes, la liste des fournisseurs et la méthode de sélection d'un appareil, **voir l'annexe XIII**.

Les **annexes XIV et XV** contiennent respectivement les bons de commande des appareils et la liste des réseaux de distribution des fournisseurs.

ANNEXE I – INDEX DES TERRITOIRES RESPECTIFS
Programme d’attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L’EST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
 525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
 QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L’OUEST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
 6363, HUDSON
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



IRD PQ	IRGLM
RÉGION 01 : BAS-SAINT-LAURENT (Amqui, La Pocatière, Matane, Matapédia, Mont-Joli, Rimouski, Rivière-du-Loup, Trois-Pistoles)	RÉGION 06 : MONTRÉAL Centres de service : IRGLM CENTRE LUCIE-BRUNEAU CENTRE CONSTANCE-LETHBRIDGE CENTRE DE RÉADAPTATION MARIE ENFANT (Dollard-des-Ormeaux; Dorval; Montréal, arrondissements d’Anjou, de Rivière-des-Prairies–Pointe-aux-Trembles, de LaSalle, d’Outremont, de Saint-Laurent et de Saint-Léonard; Sainte-Anne-de-Bellevue)
RÉGION 02 : SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN Centre de service : LA SAGAMIE (Alma, Dolbeau-Mistassini, Roberval, Saguenay)	RÉGION 07 : OUTAOUAIS Centre de service : LA RESSOURCE (Gatineau, Maniwaki, Montebello, Pontiac)
RÉGION 03 : QUÉBEC Centre de service : IRDPQ (La Malbaie; Québec, arrondissements de Beauport, de Charlesbourg et de Sainte-Foy–Sillery–Cap-Rouge; Sainte-Anne-de-Beaupré)	RÉGION 08 : ABITIBI-TÉMISCAMINGUE Centres de service : ORTHAIDE AMOS (Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Val-d’Or, Ville-Marie)
RÉGION 04 : MAURICIE–CENTRE-DU-QUÉBEC Centre de service : INTERVAL (Arthabaska, Drummondville, La Tuque, Shawinigan, Trois-Rivières, Victoriaville)	RÉGION 10 : NORD-DU-QUÉBEC (Baie-James, Chibougamau, Matagami)
RÉGION 05 : ESTRIE Centre de service : ESTRIE (Asbestos, Coaticook, Lac-Mégantic, Magog, Richmond, Sherbrooke)	RÉGION 13 : LAVAL Centre de service : IRGLM (Laval, secteurs Chomedey, Duvernay et Sainte-Rose)
RÉGION 09 : COTE-NORD (Baie-Comeau, Havre-Saint-Pierre, Port-Cartier, Schefferville, Sept-Îles)	RÉGION 14 : LANAUDIÈRE Centre de service : LE BOUCLIER (Joliette) (Joliette, Mascouche, Repentigny, Saint-Michel-des-Saints, Terrebonne)
RÉGION 11 : GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE (Gaspé, Les Îles-de-la-Madeleine, Murdochville, New Richmond, Percé, Sainte-Anne-des-Monts)	RÉGION 15 : LAURENTIDES Centre de service : LE BOUCLIER (Saint-Jérôme) (Blainville, Deux-Montagnes, Lachute, Mont-Laurier, Saint-Sauveur)
RÉGION 12 : CHAUDIÈRE-APPALACHES (Lévis, Montmagny, Saint-Apollinaire, Saint-Georges, Thetford Mines)	RÉGION 16 : MONTÉRÉGIE (Châteauguay, Cowansville, Granby, Longueuil, Saint-Hyacinthe, Sorel-Tracy, Salaberry-de-Valleyfield, Vaudreuil-Dorion)

ANNEXE II – DÉFINITIONS

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :

INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :

INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



(1) **Déficience** : Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique; il peut s'agir d'une amputation, d'une lésion musculosquelettique, d'une atteinte ou dysfonction du système nerveux ou de l'appareil oculaire ou auditif, ou d'une anomalie génétique ou chromosomique.

(2) **Système organique** : Il existe 14 grandes catégories de systèmes organiques :

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Système nerveux | 8. Système urinaire |
| 2. Système auriculaire | 9. Système endocrinien |
| 3. Système oculaire | 10. Système reproducteur |
| 4. Système digestif | 11. Système cutané |
| 5. Système respiratoire | 12. Système musculaire |
| 6. Système cardiovasculaire | 13. Système squelettique |
| 7. Système immunitaire | 14. Morphologie |

(3) **Incapacités** : Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude.

Une aptitude se traduit par la possibilité qu'a une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Il existe 10 grandes catégories d'aptitudes. Ce sont les aptitudes liées :

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Aux activités intellectuelles | 6. À la respiration |
| 2. Au langage | 7. À la digestion |
| 3. Aux comportements | 8. À l'excrétion |
| 4. Aux sens et à la perception | 9. À la reproduction |
| 5. Aux activités motrices | 10. À la protection et à la résistance |

(4) **Significatives** : La déficience ne peut être significative en elle-même. Ce sont plutôt les effets de la déficience qui se traduisent par des incapacités concernant exclusivement l'utilisation que fait la personne de son corps physique ou mental, telle que voir, entendre, sentir, comprendre, respirer, résister à la chaleur ou au froid, reconnaître les personnes et les objets, évaluer et maintenir des relations, organiser ou prévoir une activité dans le temps, prendre ou assumer des responsabilités, monter ou descendre des escaliers, se laver, etc.

(5) **Persistantes** : S'oppose à la notion de temporaire. Les lésions excluant les déficiences dues à des maladies dont l'évolution est variable, notamment les maladies cardiaques, le diabète, le cancer et les fractures sont exclues lorsque les incapacités qui en découlent sont susceptibles de disparaître à la suite de traitements, de services d'adaptation ou de réadaptation ou de la prise de médicaments.

- (6) **Habitudes de vie** : Activités quotidiennes ou courantes ou rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel, selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle), et qui assurent sa survie et son épanouissement dans la société tout le long de son existence.
- (7) **Situations de handicap** : Correspond à la réduction des habitudes de vie résultant d'un ou de plusieurs obstacles¹ environnementaux et nuisant à l'accomplissement des rôles sociaux valorisés par la personne.

Source : RIPPH-SCCIDIH, 1998.

1. Un obstacle correspond à un facteur dans l'environnement de la personne. Ces facteurs peuvent être **d'ordre social** (ex. : l'organisation et les services éducatifs ne favorisant pas l'intégration scolaire d'un enfant malentendant) ou **d'ordre physique** (ex. : une barrière architecturale dans un centre commercial).

ANNEXE III – GLOSSAIRE

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :

INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :

INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Note : La plupart des définitions sont tirées d'une édition revue et augmentée du *Petit vocabulaire des aides techniques*, élaboré par le Conseil consultatif sur les aides technologiques conjointement avec l'Office québécois de la langue française et publié en 1994. D'autres définitions ont été adaptées au programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs.

AIDE À LA MOBILITÉ : Aide technique pour faciliter ou permettre la locomotion d'une personne.

AIDE TECHNIQUE : Appareil adapté ou spécialement conçu pour soutenir, maintenir ou remplacer une partie du corps ou une fonction déficiente, utilisé par une personne dans le but de compenser une incapacité en maximisant son autonomie et d'assurer le maintien dans son milieu de vie naturel ainsi que son intégration sociale, scolaire et professionnelle. Dans ce document, l'aide technique est principalement un triporteur ou un quadriporteur.

AIDE TECHNIQUE À LA POSTURE : Appareil et/ou composant compensant une incapacité à maintenir la posture assise de façon sécuritaire et pouvant permettre de protéger l'intégrité de la peau.

CLIENTÈLE CIBLE : Ensemble des personnes ayant une même déficience susceptible d'utiliser une aide technique.

DÉFICIENCE : Perte, malformation ou anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique ou anatomique résultant d'un état pathologique observable, mesurable et pouvant être diagnostiqué.

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR : Organisme du réseau de la santé et des services sociaux ayant procédé à l'évaluation du demandeur et à la recommandation d'un triporteur ou d'un quadriporteur. L'ergothérapeute ou le physiothérapeute de l'établissement demandeur est le professionnel concerné par la démarche d'attribution.

FMO : Fauteuil roulant motorisé.

INCAPACITÉ : Réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité découle d'une déficience.

INTÉGRATION SOCIALE : Processus qui permet à l'individu d'avoir un fonctionnement compatible avec celui de la société sur le plan social, professionnel, scolaire et récréatif et qui lui procure une certaine autonomie et une certaine qualité de vie.

MADATAIRE : Établissement désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour remplir la fonction d'administrateur du programme. Il est responsable de l'application du guide de gestion et aussi, à l'égard du Ministère, des décisions prises dans son rôle de gestionnaire.

PRÊTÉ : L'utilisateur utilise un triporteur ou un quadriporteur qui appartient au ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a la responsabilité de l'appareil durant tout le temps qu'il est en sa possession.

QUADRIPORTEUR : Motorisation à quatre roues destinée à permettre la mobilité personnelle à un individu ayant une incapacité de locomotion totale ou partielle. Le quadriporteur est à propulsion motorisée, c'est-à-dire que sa propulsion est assurée par un moteur. Il est démontable en modules pour faciliter son transport.

RÉCUPÉRATION : Ensemble des opérations de collecte des aides techniques inutilisées.

RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL : Les ressources de type familial incluent deux types de ressources : la famille d'accueil, destinée aux enfants, et les résidences d'accueil pour les adultes. Ces ressources, composées d'une ou deux personnes, accueillent jusqu'à neuf enfants ou adultes qui leur sont confiés par un établissement public, afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

RESSOURCE INTERMÉDIAIRE : La ressource intermédiaire est une personne physique ou morale rattachée à un établissement public par un lien contractuel. Elle s'engage à offrir un milieu de vie adapté aux besoins de l'utilisateur qui lui est confié. Elle lui donne les services de soutien et d'assistance requis par sa condition, lui permettant ainsi de se maintenir dans la communauté ou de s'y intégrer. L'organisation résidentielle peut varier : maison de chambres, résidence de groupe, logement supervisé ou tout autre modèle organisationnel permettant de répondre adéquatement aux besoins des usagers.

SERVICE D'AIDES TECHNIQUES (SAT) : Établissement accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ayant signé un accord avec la Régie de l'assurance maladie du Québec dans le cadre du programme d'appareils suppléant à une déficience physique.

TQP : Triporteur et quadriporteur.

TRIPORTEUR : Motorisation à trois roues destinée à permettre la mobilité personnelle à un individu ayant une incapacité de locomotion totale ou partielle. Le triporteur est à propulsion motorisée, c'est-à-dire que la propulsion est assurée par un moteur. Il est démontable en modules pour faciliter son transport.

USAGER : Personne utilisant une aide technique dans le but de corriger une déficience, de compenser une incapacité, ou de réduire ou d'empêcher une situation de handicap.

VALORISATION : Ensemble des procédés visant à tirer parti de façon maximale d'une aide ou d'une partie d'aide technique, en optimisant sa récupération, sa remise en état et sa réattribution.

ANNEXE IV – DEMANDE D'AIDE MATÉRIELLE
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
 525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
 QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
 6363, HUDSON
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Date de la demande _____

1. PERSONNE QUI FAIT (OU POUR QUI EST FAITE) LA DEMANDE

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Nom habituel _____ Sexe _____ Date de naissance _____

Numéro d'assurance maladie

Expiration

Nom du père _____ Nom de la mère _____

Adresse permanente _____

Adresse actuelle (si différente) _____

Numéro de téléphone () _____ () _____ () _____
 (résidence) (travail) (autre)

Pour vous joindre au téléphone, devons-nous utiliser un appareil pour malentendants? OUI Si oui, lequel? _____
 NON

Êtes-vous couvert par un régime d'assurance privé OUI NON pour l'achat de l'appareil? Si oui, quel est le pourcentage ou montant couverts par votre régime d'assurance?

*** Joindre une attestation de la compagnie d'assurance indiquant le pourcentage ou montant couverts.**

Adhérez-vous à un régime d'assurance qui couvrirait l'appareil en cas de sinistre (feu, vol, négligence)? OUI NON

Si vous faites une demande pour quelqu'un d'autre, remplissez la section suivante.

On peut se procurer une version anglaise des formulaires auprès des établissements mandataires.

REPRÉSENTANT OU REPRÉSENTANTE DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Nom habituel _____

Lien avec la personne pour qui est faite la demande

Père ou mère Tuteur ou tutrice Conjoint ou conjointe
 Curateur ou curatrice Autre (précisez) _____

Adresse permanente _____

Numéro de téléphone () _____ () _____ () _____
(résidence) (travail) (autre)

2. AIDES REQUISES POUR COMPENSER LES DÉFICIENCES

La personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande utilise-t-elle des aides techniques, prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser sa ou ses déficiences et lui permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne (exemples : aide auditive, aide visuelle, fauteuil roulant, interprète, parrainage civique, dialyse, appareil respiratoire, etc.)?

OUI Lesquelles? _____
NON _____

Services reçus présentement

Services _____

Organisme ou établissement _____

Nom de la personne
qui donne les services _____

Adresse _____

Téléphone _____

Aide demandée pour _____

3. RAISONS QUI MOTIVENT LA DEMANDE

Les besoins sont _____

4. PORTRAIT MÉDICAL

Joignez une demande d'évaluation médicale pour l'obtention d'un triporteur ou d'un quadriporteur (faite par le médecin traitant). Voir l'annexe VI, Prescription médicale.

Il s'agit d'un portrait médical confirmant la déficience motrice permanente qui entraîne des incapacités significatives et persistantes en ce qui concerne l'autonomie de locomotion.

Nom du médecin prescripteur du triporteur ou du quadriporteur _____
Spécialité _____

CRITÈRES PRÉALABLES À UNE DEMANDE D'ÉVALUATION POUR L'OBTENTION D'UN TRIPORTEUR OU D'UN QUADRIPORTEUR

- A. La personne présente obligatoirement une déficience permanente entraînant une incapacité significative et persistante à la marche sur une distance de moins de 30 mètres. Cette incapacité n'est pas due à un manque d'entraînement et ne pourrait être compensée par l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel.
 - B. La personne présente une difficulté importante à la propulsion d'un fauteuil roulant manuel sur une distance de moins de 150 mètres.
 - C. Se déplacer en triporteur ou en quadriporteur ne contribuera pas à amoindrir les capacités physiques et fonctionnelles de la personne à moyen et long terme.
 - D. La personne a besoin d'un triporteur ou d'un quadriporteur quotidiennement pour l'une ou l'autre de ces situations :
 - Le travail ou les études.
 - Les responsabilités familiales (emplettes, accompagnement ou surveillance d'un enfant à l'extérieur, etc.).
 - L'implication dans des organismes ou comités divers.
 - E. La personne maintient une position assise sans aucune aide technique à la posture ou un coussin spécial.
 - F. La personne dispose d'un espace accessible pour le rangement d'un triporteur ou d'un quadriporteur.
 - G. Le triporteur ou le quadriporteur ne peut être fourni par aucun autre organisme.
 - H. La personne ayant une déficience organique présente un déficit respiratoire ou un déficit cardiovasculaire sévère, tel qu'attesté par un pneumologue ou un cardiologue, sans déficience motrice mais avec une incapacité sévère à la marche sur une distance de moins de 30 mètres.
- N. B. La personne qui vit dans un centre d'hébergement public, incluant les ressources intermédiaires (RI) ou les centres d'accueil privés conventionnés ou non conventionnés, n'est pas admissible.

5. ENGAGEMENT À COLLABORER À L'EXÉCUTION DE CETTE DEMANDE

Je soussigné ou soussignée, _____, résidant
(prénom) (nom)
au _____,
(adresse) (code postal)

déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité.

Je m'engage à aviser sans délai l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) ou l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM) de tout changement dans ma situation (ou dans la situation de _____) qui rendrait inexacts les renseignements que j'ai fournis pour l'étude de cette demande.

Je m'engage à collaborer à l'exécution de cette demande d'aide pour un triporteur ou un quadriporteur. Dans l'éventualité où l'IRDPQ ou l'IRGLM accorde cette aide matérielle, je m'engage à ce qu'elle soit utilisée aux fins pour lesquelles elle a été fournie. Durant cette période, il est de ma responsabilité d'assumer le remplacement de l'aide par une aide équivalente faisant partie de la liste des aides couvertes en cas de feu, de vol, de perte ou de négligence. Nous vous recommandons de faire assurer l'aide selon sa valeur à neuf. N'est toutefois pas assuré, pendant une période de deux ans à compter du sinistre ou du bris irréparable, le remplacement d'un appareil pour le seul motif qu'il a été perdu, volé ou détruit.

J'endosse la responsabilité de l'appareil prêté, m'engage à en faire un usage normal ainsi qu'à assumer les déplacements pour l'entretien et les réparations chez un fournisseur accrédité par le fabricant.

De plus, je m'engage à aviser l'IRDPQ ou l'IRGLM si l'aide n'est plus utilisée, si un ambulateur m'est accordé par le Ministère **ou si un fauteuil roulant motorisé m'est accordé par la Régie de l'assurance maladie du Québec selon l'article 53 du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique**. Je m'engage également à retourner cette aide dans un service d'aides techniques (motricité) du réseau de la santé et des services sociaux du Québec afin de permettre qu'elle soit attribuée à quelqu'un d'autre.

J'atteste également que je ne suis pas couvert ou couverte (ou que _____ n'est pas couvert ou couverte) par un autre organisme pour l'achat d'un appareil semblable.

Par la présente, j'autorise l'IRDPQ ou l'IRGLM à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de cette demande d'aide pour un triporteur ou un quadriporteur à des personnes ou à des organismes concernés et compétents dans le domaine.

En foi de quoi, j'ai signé à _____
(ville ou municipalité)
ce _____
(date)

Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande. Veuillez noter que la personne doit signer si est âgée de 14 ans ou plus

Signature du ou de la représentante (s'il y a lieu) N. B. : Cette représentation a lieu seulement si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans mais est incapable d'administrer ses biens.

Personne qui s'engage à collaborer à l'exécution de cette demande :

- Personne elle-même Père ou mère Tuteur ou tutrice Conjoint ou conjointe
 Curateur ou curatrice Autre (précisez)

ANNEXE V – RAPPORT D'ÉVALUATION : Bilan fonctionnel et physique
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



1. RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe _____ Âge _____

Poids _____ Taille _____

Adresse _____

Code postal _____

Numéro de téléphone () _____ () _____ () _____
(résidence) (travail) (autre)

Numéro d'assurance maladie

Expiration

Un programme privé d'assurance couvre-t-il l'achat de l'appareil en partie ou en totalité?

Oui Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance _____

* Joindre une attestation de la compagnie d'assurance indiquant le pourcentage ou montant couverts par la police (réf. : Demande d'aide matérielle).

Diagnostic médical avec conditions associées

2. CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À LA MARCHÉ

DÉCRIVEZ ET EXPLIQUEZ LES CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À LA MARCHÉ (amplitude articulaire, force, coordination, endurance physique, tonus musculaire, troubles d'équilibre, déformation musculosquelettique, douleur, œdème, patron de marche, sensation ou proprioception, chute, etc.).

Capacités et incapacités de la personne à la marche

À l'intérieur, la personne marche :

<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> En s'appuyant sur des meubles, les murs	<input type="checkbox"/> Avec une A.T.	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Canne ou béquilles
<input type="checkbox"/> Accompagnée			<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Marchette
			<input type="checkbox"/> Canne quadripode	<input type="checkbox"/> Autre

À l'extérieur, la personne marche :

<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Moins de 30 m Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Avec une A.T.	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses
<input type="checkbox"/> Accompagnée			<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère
			<input type="checkbox"/> Canne quad.	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte
			<input type="checkbox"/> Canne ou béquilles	<input type="checkbox"/> En transportant des objets
			<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (_____ mètres/minute)
			<input type="checkbox"/> Ambulateur	<input type="checkbox"/> Monte un escalier
			<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Descend un escalier
<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> 30 m et plus Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Avec une A.T.	<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses
<input type="checkbox"/> Accompagnée			<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère
			<input type="checkbox"/> Canne quad.	<input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte
			<input type="checkbox"/> Canne ou béquilles	<input type="checkbox"/> En transportant des objets
			<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (_____ mètres/minute)
			<input type="checkbox"/> Ambulateur	<input type="checkbox"/> Monte un escalier
			<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Descend un escalier

Quels sont les problèmes fonctionnels rencontrés à cause de cette incapacité?

3. CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À PROPULSER UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL

DÉCRIVEZ ET EXPLIQUEZ LES CAPACITÉS ET INCAPACITÉS À PROPULSER UN FAUTEUIL ROULANT MANUEL (amplitude articulaire, force, coordination, endurance physique, tonus musculaire, douleur, œdème, déformation musculosquelettique, sensation ou proprioception, etc.).

Capacité et incapacités à propulser un fauteuil roulant manuel

La personne possède-t-elle un fauteuil roulant manuel? Oui Non

Si oui, mentionnez l'origine du fauteuil (inclure le modèle et les années d'utilisation)

RAMQ _____ Location _____ Prêt _____ Autre _____

Modèle _____ Année _____

La personne :

- utilise quotidiennement un fauteuil roulant manuel. Oui Non
- se déplace seule à l'intérieur en fauteuil roulant manuel. Oui Non
- se déplace seule à l'extérieur en fauteuil roulant manuel. Oui Non
- se fait pousser. Oui Non

La personne utilise un fauteuil roulant manuel :

<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> Moins de 150 m Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses <input type="checkbox"/> Sur terrain accidenté <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte <input type="checkbox"/> En transportant des objets <input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (_____ mètres/minute) <input type="checkbox"/> Les mouvements répétitifs lui causent des douleurs importantes
<input type="checkbox"/> Seule	<input type="checkbox"/> 150 mètres et plus Distance parcourue _____	<input type="checkbox"/> Sur surfaces lisses <input type="checkbox"/> Sur terrain accidenté <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente légère <input type="checkbox"/> Sur surfaces inclinées, pente abrupte <input type="checkbox"/> En transportant des objets <input type="checkbox"/> À une vitesse fonctionnelle (_____ mètres/minute) <input type="checkbox"/> Les mouvements répétitifs lui causent des douleurs importantes

Si la personne **n'utilise pas un fauteuil roulant manuel**, expliquez pourquoi et dites si une autre aide technique pourrait aider à sa mobilité.

Autres commentaires

5. CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES POUVANT INFLUENCER LE CHOIX DE L'APPAREIL

Environnement physique : Propriétaire Locataire
Type d'habitation _____
Accès du domicile _____

Description de l'environnement

Milieu familial

Milieu social (études, travail, bénévolat)

Activités significatives

Transport

La personne conduit-elle une automobile ? Oui Non

Mode de transport :

Famille Oui Non

Transport adapté (accès au) Oui Non

Avec accompagnateur Oui Non

La personne peut-elle marcher quelques pas? Oui Non

Sur quelles distances la personne se servirait-elle de l'équipement? _____ km

À quelle fréquence la personne se servirait-elle de l'équipement? _____

6. RECOMMANDATIONS

Quelles sont vos recommandations sur le type d'équipement choisi? Décrivez le modèle répondant aux besoins de la personne :

- **S'il s'agit d'un appareil valorisé** : Indiquez le modèle retenu, la marque et les composants optionnels essentiels à l'autonomie et à la sécurité de la personne.
- **S'il s'agit d'un appareil neuf** : Signez le bon de commande de l'appareil précisant les composants optionnels essentiels à l'autonomie et à la sécurité de la personne.
- **S'il s'agit d'un appareil de la catégorie « Besoins particuliers » ou de composants C.S. (considérations spéciales)** : Justifiez les besoins (besoins fonctionnels de la personne ou caractéristiques de son environnement).
- **Qu'il s'agisse d'un appareil neuf ou valorisé** : Justifiez les composants optionnels requis pour les besoins de la personne (exemple : porte-canne, support à bonbonne d'oxygène, etc.).

Nom de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute _____

Établissement _____

Adresse _____

Téléphone _____

Télécopieur _____

Signature de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute _____

Numéro de permis _____

Date du rapport _____

7. DOCUMENTS À INCLURE AVEC CE RAPPORT

- Formulaire de demande d'aide matérielle rempli par l'utilisateur.
- Portrait médical rédigé par le médecin confirmant la déficience motrice permanente qui entraîne des incapacités significatives et persistantes sur le plan de l'autonomie de marche et des difficultés de propulsion :
 - ◆ Pour les personnes atteintes de fibromyalgie, une prescription du rhumatologue ou du psychiatre est nécessaire.
 - ◆ Pour les personnes ayant une insuffisance cardiovasculaire ou cardiorespiratoire sévère, une prescription du cardiologue ou du pneumologue décrivant le degré de l'insuffisance en se référant à la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec OU à la classification du déficit cardiovasculaire utilisée par la New York Heart Association est nécessaire.
- Bon de commande signé par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute.
- Estimation du coût de réparation du vieil appareil si la demande concerne un remplacement.
- Si un assureur privé couvre l'achat de l'appareil en partie, attestation qui indique le pourcentage ou montant alloués.

ANNEXE VI – PORTRAIT MÉDICAL

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Nom de la personne : _____ Date : _____

Numéro d'assurance maladie :

Expiration :

1. La personne répond-elle à tous les critères préalables (voir ci-après) à une demande de triporteur ou de quadriporteur ? OUI (Passer au point 3) NON (Passer au point 2)
2. Identifiez les critères qui causent un problème : _____
3. Recommandations pour un triporteur ou quadriporteur : OUI NON
4. Diagnostic : _____

IMPORTANT : Si le besoin d'un triporteur ou d'un quadriporteur est justifié par une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire ou cardiorespiratoire, l'encadré au verso doit être complété par un cardiologue ou un pneumologue. Pour les personnes atteintes de fibromyalgie, ce portrait médical doit être complété et signé par un physiatre ou un rhumatologue.

5. Conditions associées : _____

6. Chirurgies antérieures (reliées à l'appareil locomoteur) : _____

7. Médication : _____

Signature du médecin

spécialité

numéro permis

CRITÈRES PRÉALABLES À UNE DEMANDE D'ÉVALUATION POUR L'OBTENTION D'UN TRIPORTEUR OU D'UN QUADRIPORTEUR

- A. La personne présente obligatoirement une déficience permanente entraînant une incapacité significative et persistante à la marche sur une distance de moins de 30 mètres. Cette incapacité n'est pas due à un manque d'entraînement et ne pourrait être compensée par l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel.
- B. La personne présente une difficulté importante à la propulsion d'un fauteuil roulant manuel sur une distance de moins de 150 mètres.
- C. Se déplacer en triporteur ou en quadriporteur ne contribuera pas à amoindrir les capacités physiques et fonctionnelles de la personne à moyen et long terme.
- D. La personne maintient une position assise sans aucune aide technique à la posture ou un coussin spécial.
- E. La personne ayant une déficience organique présente un déficit respiratoire ou un déficit cardiovasculaire sévère, tel qu'attesté par un pneumologue ou un cardiologue, sans déficience motrice mais avec une incapacité sévère à la marche sur une distance de moins de 30 mètres.

N.B. La personne qui vit dans un centre d'hébergement public, incluant les ressources intermédiaires (RI) ou les centres d'accueil privés conventionnés ou non conventionnés, n'est pas admissible.

PROBLÈMES CARDIOVASCULAIRES Cochez le degré de l'insuffisance cardiovasculaire.

CLASSIFICATION DU DÉFICIT CARDIOVASCULAIRE Réf. : *New York Heart Association*

<input type="checkbox"/> Classe I	Aucune limitation de la fonction cardiaque. Activités physiques ordinaires ne provoquent pas de symptôme de fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.	Aux fins de l'application du programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire est celle de la classe IV de la classification du déficit cardiovasculaire utilisée par la New York Heart Association et dont la mesure est faite lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.
<input type="checkbox"/> Classe II	Une limitation légère de la fonction cardiaque. Confortable au repos, mais activités physiques ordinaires produisent des symptômes telles fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.	
<input type="checkbox"/> Classe III	Une limitation modérée de la fonction cardiaque. Confortable au repos, mais activités physiques légères causent fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.	
<input type="checkbox"/> Classe IV	Une limitation importante de la fonction cardiaque se manifestant même au repos. Toute activité physique peut augmenter l'inconfort.	

PROBLÈMES PULMONAIRES Cochez le grade ou le groupe correspondant au degré de l'insuffisance respiratoire.

Remplir l'un ou l'autre des tableaux.

GRADATION DE LA DYSPNÉE Réf. : *Conseil de recherches médicales*

Niveau de dyspnée	Caractéristiques	Aux fins de l'application du programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs, une insuffisance sévère sur le plan cardiorespiratoire est celle du grade 5 de la classification de la dyspnée selon le Conseil de recherches médicales et dont la mesure est faite lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.
<input type="checkbox"/> Grade 1	Souffre de dyspnée lors d'un exercice intense	
<input type="checkbox"/> Grade 2	Souffre de dyspnée lors d'une marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente légère.	
<input type="checkbox"/> Grade 3	Marche plus lentement que les personnes de son âge sur terrain plat ou doit s'arrêter pour respirer lorsque marche à son propre rythme sur terrain plat.	
<input type="checkbox"/> Grade 4	Doit s'arrêter pour respirer après une marche d'environ 100 verges (90 mètres).	
<input type="checkbox"/> Grade 5	Trop essoufflé pour quitter la maison ou dyspnée lors de l'habillement.	

CLASSIFICATION DU DÉFICIT RESPIRATOIRE Réf. : *Régie des rentes du Québec*

<input type="checkbox"/> Groupe A Aucun déficit fonctionnel	CVF > 80% PRÉD. VEMS > 80% PRÉD. VEMS/CVF > 80% PRÉD.	Aux fins de l'application du programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs, une insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire est celle du groupe B de la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec et dont la mesure est faite lorsque le bénéficiaire est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de six mois.
<input type="checkbox"/> Groupe B Atteinte très sévère	CVF < 50% PRÉD. VEMS < 40% PRÉD. VEMS/CVF < 55% PRÉD.	
<input type="checkbox"/> Groupe C Investigation complémentaire nécessaire	50% < CVF < 80% PRÉD. 40% < VEMS < 80% PRÉD. 55% < VEMS/CVF < 80% PRÉD.	

COCHEZ : La personne est capable d'utiliser un fauteuil roulant motorisé de façon autonome mais est incapable d'utiliser un fauteuil manuel de façon autonome en raison de l'insuffisance associée à la déficience physique, malgré un traitement médical optimal. OUI NON
L'insuffisance est présente depuis plus de six mois. OUI NON

Signature du médecin : _____

Numéro de permis : _____

Spécialité : Cardiologue Pneumologue

ANNEXE VII – ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE CONDUIRE

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs

Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
 525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
 QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
 6363, HUDSON
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Nom _____

Dossier _____

Date de l'évaluation _____

Description de l'environnement de l'utilisateur _____

Essai effectué sur un _____, sur une piste intérieure
 extérieure

Dominance : Droite Gauche

Conduite : Unilatérale Bilatérale

Évaluation	Réussi	Commentaires
1. Commandes de l'appareil		
▪ Mise en marche	<input type="checkbox"/>	
▪ Arrêt	<input type="checkbox"/>	
▪ Contrôle de la vitesse	<input type="checkbox"/>	
2. Conduite à l'intérieur		
▪ Avancer	<input type="checkbox"/>	
▪ Reculer	<input type="checkbox"/>	
▪ Tourner à droite et à gauche	<input type="checkbox"/>	
▪ Arrêter à temps	<input type="checkbox"/>	
▪ Circuler dans une aire ouverte	<input type="checkbox"/>	
▪ Circuler dans un endroit exigü	<input type="checkbox"/>	
▪ Prendre l'ascenseur	<input type="checkbox"/>	
3. Conduite à l'extérieur		
▪ Franchir des portes automatiques	<input type="checkbox"/>	
▪ Monter et descendre une chaîne de trottoir	<input type="checkbox"/>	
▪ Monter et descendre un plan incliné	<input type="checkbox"/>	
▪ Rouler sur un sol inégal	<input type="checkbox"/>	
▪ Traverser la rue au feu de circulation	<input type="checkbox"/>	
4. Comportement		
▪ Attention, éveil	<input type="checkbox"/>	
▪ Balayage visuel	<input type="checkbox"/>	
▪ Prudence, jugement	<input type="checkbox"/>	
▪ Courtoisie, civisme	<input type="checkbox"/>	
▪ Planification d'un itinéraire, orientation	<input type="checkbox"/>	
▪ Stratégies pour compenser les difficultés	<input type="checkbox"/>	
▪ Conduite confiante et sécuritaire	<input type="checkbox"/>	

Analyse de la conduite

- La personne est apte à conduire de façon sécuritaire.
- La personne est inapte à conduire de façon sécuritaire.
- Un essai dans le milieu est nécessaire pour juger de la capacité à conduire.
- Un entraînement dans le milieu est nécessaire pour juger de la capacité à conduire.
- Des renseignements supplémentaires sont nécessaires pour juger de la capacité à conduire.

Commentaires _____

Transferts

La personne est autonome pour monter sur l'appareil et en descendre. Oui Non

Commentaires _____

Signature _____

Ergothérapeute

Physiothérapeute

ANNEXE VIII – RÉPARATION

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Note importante

- Aux :** Usagers se voyant attribuer un triporteur ou un quadriporteur défrayé par le ministère de la Santé et des Services sociaux
- De :** Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM), mandataire du programme pour l'ouest du Québec
- Objet :** Information importante concernant les réparations du triporteur ou du quadriporteur que vous avez en votre possession
-

Madame,
Monsieur,

Vous venez de recevoir un appareil défrayé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs. En entrant en possession de cet appareil, vous prenez l'importante responsabilité d'en assurer le bon fonctionnement et, en particulier, de voir à son entretien et à sa réparation.

Quoi faire en cas de problèmes mécaniques ou de bris de votre appareil?

1. Présentez-vous au point de vente et de service où vous avez acheté votre triporteur ou votre quadriporteur.
2. Énumérez les problèmes éprouvés avec l'appareil au vendeur ou au mécanicien.

Le mécanicien trouvera la source du problème et enverra une soumission par courrier, télécopieur ou courrier électronique au mandataire du programme (IRGLM) pour qu'il **autorise la réparation**.

Notez que **seules les réparations** de type crevaison peuvent se faire sur-le-champ, sans estimation préalable.

Certains services peuvent être offerts par un programme d'aides techniques (PAT) de votre région (batteries, pneus, etc.) au-delà de la période de garantie ou pour des articles non garantis. Vous êtes libre de choisir l'endroit où vous voulez obtenir les services hors garantie, **cependant, il sera toujours nécessaire d'obtenir l'autorisation d'effectuer des réparations auprès du mandataire (IRGLM)**.

CONSEILS : Rangez l'appareil à l'abri de la pluie, des intempéries ou du gel, dans un endroit sec et aéré de préférence. Évitez le remisage dans des endroits humides ou très froids. Choisissez l'endroit en tenant compte des recommandations du manuel de l'utilisateur. Les accumulateurs doivent toujours être protégés du froid.

N. B. : Les véhicules automobiles et les camionnettes ainsi que les abris d'auto ne sont pas considérés comme des endroits sécuritaires et appropriés pour remiser les appareils.

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Note importante

- Aux :** Usagers se voyant attribuer un triporteur ou un quadriporteur défrayé par le ministère de la Santé et des Services sociaux
- De :** Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), mandataire du programme pour l'est du Québec
- Objet :** Information importante concernant la réparation du triporteur ou du quadriporteur que vous avez en votre possession
-

Madame,
Monsieur,

Vous venez de recevoir un appareil défrayé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs. En entrant en possession de cet appareil, vous prenez l'importante responsabilité d'en assurer le bon fonctionnement et, en particulier, de voir à son entretien et à sa réparation.

Quoi faire en cas de problèmes mécaniques ou de bris de votre appareil?

1. Présentez-vous au point de vente et de service où vous avez acheté votre triporteur ou votre quadriporteur.
2. Énumérez les problèmes éprouvés avec l'appareil au vendeur ou au mécanicien.

Le mécanicien trouvera la source du problème et enverra une soumission par courrier, télécopieur ou courrier électronique au mandataire du programme (IRDPQ) pour qu'il **autorise la réparation**.

Notez que **seules les réparations** de type crevaison peuvent se faire sur-le-champ, sans estimation préalable.

Certains services peuvent être offerts par un programme d'aides techniques de votre région (batteries, pneus, etc.) au-delà de la période de garantie ou pour des articles non garantis. Vous êtes libre de choisir l'endroit où vous voulez obtenir les services hors garantie, **cependant, il sera toujours nécessaire d'obtenir l'autorisation d'effectuer des réparations auprès du mandataire (IRDPQ)**.

CONSEILS : Rangez l'appareil à l'abri de la pluie, des intempéries ou du gel, dans un endroit sec et aéré de préférence. Évitez le remisage dans des endroits humides ou très froids. Choisissez l'endroit en tenant compte des recommandations du manuel de l'utilisateur. Les accumulateurs doivent toujours être protégés du froid.

N. B. : Les véhicules automobiles et les camionnettes ainsi que les abris d'auto ne sont pas considérés comme des endroits sécuritaires et appropriés pour remiser les appareils.

ANNEXE IX – SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Bien se conduire

- Circulez prudemment afin d'éviter de heurter les gens et les objets.
- Sur un trottoir :
 - regardez toujours de chaque côté avant de vous y engager;
 - circulez à droite si possible;
 - évitez de longer de près les automobiles, quelqu'un pourrait en sortir.
- Dans une foule :
 - déplacez-vous lentement et prudemment parmi les gens.
- Dans les édifices publics :
 - ralentissez aux intersections des corridors ainsi qu'à l'entrée ou à la sortie d'une pièce;
 - au restaurant ou au cinéma, installez-vous de façon à ne pas nuire à la circulation des gens.

Afin de circuler en toute sécurité, les personnes se déplaçant en triporteur ou en quadriporteur doivent se conformer aux mêmes règles de sécurité routière que les piétons.

En bon usager de la route, vous ne pouvez ignorer ces règles :

- Empruntez le trottoir qui borde la chaussée.
- Utilisez les passages pour piétons.
- Assurez-vous de pouvoir traverser sans risque à un passage pour piétons (vérifiez à gauche et à droite et encore à gauche).
- Conformez-vous aux feux pour piétons.
- Conformez-vous aux feux de circulation s'il n'y a pas de feux pour piétons.

Mentionnons en outre qu'il est interdit de traverser une intersection en diagonale à moins qu'un agent de la paix ne l'autorise.

Difficultés de parcours... Que faire?

Les déplacements en triporteur ou en quadriporteur ne sont pas toujours faciles, car certaines difficultés peuvent surgir à tout moment.

Voici quelques situations... et la solution possible.

- **Je suis sur le trottoir, où dois-je circuler?**
 - Vous circulez à droite et laissez la priorité à gauche lorsque vous croisez une personne.

- **J'arrive à une intersection sans feu de circulation :**
 - Immobilisez-vous.
 - Engagez-vous dans l'intersection après avoir regardé à gauche, à droite et de nouveau à gauche si la voie est libre.

- **Je traverse de grandes artères :**
 - Jugez de la distance à parcourir ainsi que de la vitesse de votre triporteur ou quadriporteur.

- **J'ai à effectuer un nouveau trajet :**
 - Explorez préalablement les environs avec un accompagnateur si nécessaire.
 - Repérez l'emplacement des descentes de trottoir adaptées.
 - Établissez un parcours sécuritaire.

- **J'emprunte un chemin sans trottoir :**
 - Circulez en bordure de la route en sens inverse de la circulation.

Se faire voir

Une cause importante d'accident est le manque de visibilité des usagers de triporteur ou de quadriporteur sur le réseau routier, le jour ou le soir. Vous devez donc vous assurer de bien voir et d'être bien vu.

Voici quelques accessoires utiles (non couverts par le programme) que vous pouvez ajouter pour être plus visible, surtout lorsqu'il fait noir.

- Fixez des réflecteurs rouges sur la partie supérieure du dossier de votre triporteur ou quadriporteur.
- Portez des vêtements de couleur claire.

Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
IRDPQ, mandataire de l'est, et IRGLM, mandataire de l'ouest

Source : dépliant *La sécurité en fauteuil roulant* de la Société de l'assurance automobile du Québec.

ANNEXE X – TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



Madame,
Monsieur,

Je soussigné ou soussignée, _____, résidant au _____
(nom)

_____,
(adresse)

accepte de transférer la propriété du _____
(marque, modèle, année et numéro de série)

au mandataire du programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs (IRDPQ ou IRGLM) désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le mandataire s'engage à effectuer toutes les réparations ou l'entretien nécessaires au bon fonctionnement de cette aide.

Il est de ma responsabilité d'assumer le coût de remplacement de l'aide en cas de feu, de vol, de perte ou de négligence.

J'accepte également qu'au moment d'un renouvellement, seul un appareil d'une marque et d'un modèle retenus par le mandataire sera autorisé.

Je m'engage à aviser le mandataire si cette aide ne m'est plus utile et à la retourner dans un service d'aides techniques (déficience motrice) du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

En foi de quoi, je signe à _____, ce _____ jour du mois
de _____ 20____.

Signature de l'utilisateur

ANNEXE XI – CONFIRMATION DE L'UTILISATION
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
 525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
 QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
 6363, HUDSON
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



<input type="checkbox"/> Triporteur	<input type="checkbox"/> Quadriporteur	<input type="checkbox"/> Ambulateur	<input type="checkbox"/> Neuf
<input type="checkbox"/> Tricycle	<input type="checkbox"/> Vélo adapté		<input type="checkbox"/> Valorisé

USAGER _____ DATE DE LIVRAISON _____

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

1. L'appareil est-il conforme à la recommandation? OUI NON

Description de l'appareil _____

Numéro de série de l'appareil _____

2. L'utilisation de l'appareil est-elle conforme à l'évaluation des besoins faite par le demandeur?

3. J'atteste de la capacité de M. ou de M^{me} _____
 à utiliser l'équipement recommandé.

 Nom

 Établissement

 Date

ANNEXE XII - DEMANDE DE REMPLACEMENT
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
INSTITUT DE RÉADAPTATION
GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
6363, HUDSON
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 1M9



1. RENSEIGNEMENTS SUR L'USAGER

Nom à la naissance _____ Prénom _____

Personne responsable (père, mère, tuteur) _____

Adresse permanente _____

_____ (ville) _____ (code postal)

Numéro téléphone () _____ () _____
(résidence) (autre)

Numéro d'assurance maladie

Expiration

2. RAISON DU REMPLACEMENT (cochez SVP)

Il est de la responsabilité de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute de l'établissement demandeur de procéder à la demande de remplacement en fournissant les documents nécessaires comme au moment de la demande d'attribution initiale. Lorsque le triporteur ou le quadriporteur doit être remplacé à cause de l'usure ou à cause d'un coût de réparation dépassant 80 % du coût initial, s'il n'y a pas de changement dans la condition physique de la personne, un nouveau portrait médical n'est pas nécessaire (article 5.2.4 du Guide de gestion).

- Changement de la condition médicale (Valider avec une prescription médicale)
- Appareil non réparable (Justification du mécanicien) _____
- Coût élevé des réparations (Estimation du coût) _____
- Autres _____
- Marque et modèle de l'appareil à remplacer _____

3. JUSTIFICATION DU REMPLACEMENT

L'utilisateur répond-il toujours aux critères stipulés dans le guide de gestion du Ministère?

OUI NON

4. RECOMMANDATIONS

L'ergothérapeute ou le physiothérapeute doit préalablement vérifier auprès du mandataire si un appareil valorisé répond aux besoins de l'utilisateur.

- Triporteur Quadriporteur
 Neuf : Annexez le bon de commande. Valorisé : Aucune soumission n'est requise.

Attestation de l'essai avec le nouvel appareil dans le milieu de vie (ex. : lieu de remisage, autonomie)

5. PROFESSIONNEL QUI FAIT LA DEMANDE

Nom de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute

Signature de l'ergothérapeute ou physiothérapeute

Numéro de permis

Date de la demande

SVP joindre les documents suivants :

- Portrait médical si changement de condition
 Rapport d'évaluation de l'ergothérapeute ou du physiothérapeute
 Lettre d'engagement signée par l'utilisateur

ANNEXE XIII – LISTE DES APPAREILS

**Guide de gestion du
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs**

Contrat 2011-2013

Liste des appareils et méthode de sélection

Liste des aides couvertes par le programme – du 1^{er} mars 2011 au 28 février 2013

Catégorie	Sous-catégorie	Fournisseur	Modèle	Prix \$
Triporteur	Petit	Pride	Victory 9	1 800
			Victory 9 siège pédiatrique	2 325
			Victory Twin	2 000
	Standard	Handicare Orthofab Pride	Fortress TA3-SS	2 095
			Star 3	2 029
			Celebrity X3	1 875
Celebrity X3 suspension siège			1 925	
Besoins particuliers > 132 cm	Handicare	Winner Alpine 10K	3 995	
Quadriporteur	Petit	Orthofab Pride	Lunar 4	1 842
			Victory 9	1 800
			Victory 9 siège pédiatrique	2 325
			Victory 10 DX	1 875
			Victory 10 DX siège pédiatrique	2 400
	Standard	Handicare Orthofab Pride	Fortress TA4-SS	2 195
			Star 4	2 083
			Star 4S	2 083
			Celebrity X4 Celebrity X4 suspension siège	1 950 1 995
	Besoins particuliers ≤ 132 cm	Orthofab	Hyper 4	2 695
Besoins particuliers > 132 cm	Pride	Pursuit	2 995	

Liste des fournisseurs

Fournisseur	Représentant	tel./télé./courriel	Adresse
Handicare	M. Frank Agozzino	M. Frank Agozzino tél : 514-238-6696 Télé : 514-376-1579 frank.agozzino@handicare.ca	Handicare 355 Norfinch Drive Toronto (Ontario) M3N 1Y7
Orthofab	M. Daniel Déry	M. Daniel Déry (Qc) tél. : 418-847-5225 télé. : 418-847-7961 sac@orthofab.com François Gobeil (Mtl) 1-800-463-5293	Orthofab Inc. 2160 rue De Celles Québec (Québec) G2C 1X8
Pride	M. Jaclin Gagnon	M. Jaclin Gagnon (Ouest du Qc) cell. : 514-972-2355 télé. : 450-979-3011 jackwinner@videotron.ca M. René Robitaille (Est du Qc) cell : 418-932-9267	Pride Mobility Quantum 380 Vansickle, Unit 350 Ste-Catharines (Ontario) L2R 6P7

Méthode de sélection d'un appareil

Définition des sous-catégories :

- Petit modèle : Usage majoritairement intérieur, espace restreint et surface plane.
- Standard (mixte) : Usage intérieur et extérieur, milieu urbain et semi-urbain.
- Besoins particuliers ≤ 132 cm (gros modèle compatible avec la majorité des véhicules routiers adaptés au transport des personnes handicapées) : Usage extérieur et terrain accidenté, milieu rural; attribué selon des considérations particulières.
- Besoins particuliers > 132 cm (gros modèle non compatible avec les véhicules routiers adaptés au transport des personnes handicapées) : Usage extérieur et terrain accidenté, milieu rural; attribué selon des considérations particulières.

La sous-catégorie d'un appareil est déterminée en fonction des besoins du client et de son environnement.

Lorsque la sous-catégorie est définie, la sélection du modèle doit se faire comme suit :

1. Vérifier préalablement auprès du mandataire si un **appareil valorisé** répond aux besoins du client.
2. Pour les triporteurs et les quadriporteurs de la catégorie standard, choisir un modèle **dont les composants de base répondent** aux besoins du client. Des renseignements additionnels doivent justifier la demande de composants spéciaux (C.S.) qui répondent aux besoins particuliers de la personne, par exemple un siège pédiatrique, un siège sur mesure ou une surélévation de plancher, ou à d'autres besoins fonctionnels.
3. Pour la catégorie « besoins particuliers » ou gros modèles, si aucun des appareils standard ne possède les caractéristiques recherchées, justifier l'attribution d'un gros modèle par des renseignements additionnels sur les besoins fonctionnels de la personne ou sur les caractéristiques de son environnement. Le gros modèle sera attribué selon des considérations particulières.

Fournisseur	Petit		Standard			Besoins particuliers*
	Victory 9	Pride	Handicare	Orthofab	Pride	> 132 cm
Modèle	Victory 9	Victory Twin	Fortress TA3-SS	Star 3	Celebrity X3	Winner Alpine
Longueur hors tout**	43,5 (111cm)	45,7 (116cm)	47,8 (121,5cm)	48,2 (122,5cm)	45,9 (116,5cm)	55,7 (141,5cm)
Largeur	22,3	22,3	24,5	24	24	26,5
Rayon de braquage	40,3	42	45,3	46,3	42,9	55
Dégagement au sol	2	2,3	4	4	3,5	4,5
Hauteur sol/siège (po.)	22,8-24,8	23,2-25,2	22,4-24,5	24,8-26,8	23,6-27,2	24,9-26,5
Hauteur siège/plancher (po.)	16,9-18,9	17,2-19,2	16,9- 19	19,3-21,3	16,5-20,5	17,7-20
Siège standard (po.) (largeur x profondeur)	Fish-on 18 x 18	Fish-on 18 x 18	Capitaine 18 x 17,5	Capitaine 17,7 x 18,5	Capitaine 18 x 18	Capitaine 19,7 x 19,7
Siège additionnel	Fish-on 17,5 x 16,9	Fish-on 17,5 x 16,9	Capitaine 19,7 x 19,7	Capitaine 19,3 x 18,5	Capitaine 19,5 x 18,1	Capitaine 22 x 20
Siège pédiatrique	oui	oui	non	non	oui	non
Siège sur mesure	oui	oui	non	non	oui	non
Appui-bras / réglages	ang.& larg.	ang.& larg	larg. & haut.	larg. & haut.	angle	larg. & haut.
Pente / inclinaison°	8°	8°	8°	8°	8°	10°
Suspension	non	arrière	siège/avant/arrière	siège	siège/arrière	avant/arrière
Capacité de charge maximale	300	350	300	275	350	350
Accumulateurs (acc. standard en caract. gras)	UI / M40	UI / M40	UI / M40 / 22NF	UI / M40	UI / M40	22NF
Roues avant (po.)	8	9	10	10	10	11,5
Roues arrière (po.)	9	10	10	10	10	12,5
Type de guidon	delta	delta	delta	delta	delta	delta
Conduite (doigts ou pouces)	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts
Chargeur	externe	externe	externe	intégré	externe	externe

* Attribué sous conditions particulières (C.S.)

**Dimensions mesurées par la Firme d'ingénieurs-conseils responsable de l'expertise technique / Peut différer de la fiche commerciale du fournisseur

	Petit		Standard		Besoins particuliers* ≤132 cm	Besoins particuliers* > 132 cm				
	Victory 9	Victory 10 DX	Orthofab	Handicare			Orthofab	Pride		
Fournisseur			Orthofab	Fortress TA4-SS	Star 4	Star 4S	Orthofab	Hyper 4	Pride	
Modèle			Lunar 4		Star 4	Star 4S		Hyper 4	Pride	
Longueur hors tout**	43,5 (111cm)	46,8 (119cm)	46,3 (117,5)	48,4 (123cm)	48,8 (124cm)	49 (124,7cm)	46,1 (117cm)	52 (132)	53,9 (137 cm)	
Largeur	22,3	22,3	23	24,5	24	24,5	24	25	25,3	
Rayon de braquage	53,9	52,5	53,5	59,1	52,6	52	56,7	65,4	67,8	
Dégagement au sol	2	2,5	3	4	4	4	3,5	4	3,5	
Hauteur sol/siège (po.)	22,8-24,8	22,8-24,8	23,6-26,2	22,4-24,5	24,8-26,8	24,4-28,4	25,2-27,2	24,8-28,7	25-27	
Hauteur siège/plancher (po.)	16,9-18,9	16,9-18,9	17,7-20,3	16,9-19	19,3-21,3	18,1-22,1	16,5-20,5	17,7-21,7	18,5-20,5	
Siège standard (po.) (largeur x profondeur)	Fish-on 18 x 18	Fish-on 18 x 18	Fish-on 17 x 17	Capitaine 18 x 17,5	Capitaine 17,7 x 18,5	Capitaine 17,7 x 18,5	Capitaine 18 x 18	Capitaine 17,7 x 18,5	Capitaine 19,5 x 18,1	
Siège additionnel	Fish-on 17,5 x 16,9	Fish-on 17,5 x 16,9	Fish-on 17 x 15,8	Capitaine 19,7 x 19,7	Capitaine 19,3 x 18,5	Capitaine 19,3 x 18,5	Capitaine 19,5 x 18,1	Capitaine 19,3 x 18,5	Capitaine 20 x 20	
Siège pédiatrique	oui	oui	non	non	non	non	oui	non	non	
Siège sur mesure	oui	oui	non	non	non	non	oui	non	oui	
Appui-bras / réglages	ang.& larg.	ang.& larg	larg.& haut.	larg.& haut.	larg.& haut.	larg.& haut.	angle	larg.& haut.	angle	
Pente / inclinaison°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	
Suspension	non	avant/arrière	siège	siège avant/arrière	siège	avant/arrière	siège avant/arrière	avant/arrière	avant/arrière	
Capacité de charge maximale	300	300	275	300	300	275	350	350	400	
Accumulateurs (acc. standard en caract. gras)	UI / M40	UI / M40	UI / M40	UI / M40 / 22NF	UI / M40	UI / M40	UI / M40	22NF	22NF	
Roues avant (po.)	9	10	10	10	10	10	10	13	13	
Roues arrière (po.)	9	10	10	10	10	10	10	13	13	
Type de guidon	delta	delta	delta	delta	delta	delta	delta	delta	delta	
Conduite (doigts ou pouces)	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	
Chargeur	externe	externe	externe	externe	intégré	intégré	externe	intégré	externe	

* Attribué sous conditions particulières (C.S.)

**Dimensions mesurées par la Firme d'ingénieurs-conseils responsable de l'expertise technique / Peut différer de la fiche commerciale du fournisseur

ANNEXE XIV – BONS DE COMMANDE

Guide de gestion du Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs

Contrat 2011-2013

- Handicare
- Orthofab
- Pride

FORTRESS

Fortress TA3-SS / triporteur Fortress TA4-SS / quadriporteur

355 Norfinch Drive
Toronto ON M3N 1Y7
Tél : 1-800-514-7061
Téléc : 1-888-251-9187
www.handicare.caMinistère de la Santé et des Services Sociaux / Programme triporteur et quadriporteur
Fiduciaire donnant l'autorisation : IRDPQ IRGLM

POINT DE VENTE & SERVICE		CLIENT / CLIENTE	
NOM :		NOM :	
ADRESSE :		ADRESSE :	
VILLE :		VILLE :	
TÉL :	CP :	TÉL :	CP :
REPRÉSENTANT AUTORISÉ :		LIEU DE LIVRAISON :	
DATE DE RÉCEPTION AUTORISATION DU FIDUCIAIRE :		VILLE :	
SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE :		TÉL :	CP :
		DATE DE PRISE DE POSSESSION :	
		SIGNATURE :	

Inclus : accumulateurs (2) U1 type gel, compartiment pour accumulateurs U1, M40, 22NF, chargeur, suspension au siège, suspension au roues avant arrière, longueur : 47½ po, largeur : 24 ½ po, rayon de braquage : 3 roues 42 po/4 roues 57 ½ po, pneus 10 po à chambre à air, 4 points d'ancrage pour le transport adapté, système de conduite avec colonne de direction réglable et guidon type Delta, siège Capitaine (18 po x 17 ½ po) sur glissière, recouvrement en cuirette, rembourré, profilé, dossier rabattable et réglable en angle, appui-tête, appui-bras réglables en largeur et hauteur, lumières, clignotants, panier, drapeau de sécurité, rétroviseur, capacité de charge 300 livres.

MODÈLE	TRI/QUADRIPORTEUR	COULEUR	# PIÈCE	PRIX
Fortress TA3-SS	3 roues	rouge	018423RD	2095.00 \$
Fortress TA3-SS	3 roues	bleu	018423BL	2095.00 \$
Fortress TA4-SS	4 roues	rouge	018424RD	2195.00 \$
Fortress TA4-SS	4 roues	bleu	018424BL	2195.00 \$
SYSTÈME DE SOUTIEN DU CORPS		SIÈGES TAILLE ADULTE STANDARD		
Siège Capitaine (18po x 17½po)			Inclus	
Siège Capitaine dossier haut (19 ¾ po x 19 ¾ po)			sans frais	

COMPLÉMENTS & OPTIONS			
	# PIÈCE	PRIX	
Inversion des manettes	Spécifiez sur commande	Sans frais	
Pneu anti-crevaisson 10 po, avant (chaque)	008959	75.00 \$	
Pneu anti-crevaisson 10 po, arrière (chaque)	008961	75.00 \$	
Accumulateurs, Gr M40	Justification	50.00 \$	
Accumulateurs, Gr 22NF (considération speciale)	Justification	102.00 \$	
Support à cadre de marche		99.00 \$	
Support à canne – sur accoudoir côté droit côté gauche	018373	99.00 \$	
Support à oxygène – sur accoudoir	018374	99.00 \$	
Supports à béquilles et à quadripodes		99.00 \$	
Ceinture de sécurité à boucle, de type auto	017201	45.00 \$	
Prix total			

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client / de la cliente.

Ergo/Physio : _____ Tél : _____

Signature : _____ Date : _____

Espace réservé aux fiduciaires

mar 2011

FORTRESS**Fortress Winner Alpine triporteur**

Ministère de la Santé et des Services Sociaux / Programme triporteur et quadriporteur
 Fiduciaire donnant l'autorisation : IRDPQ IRGLM

355 Norfinch Drive
 Toronto ON M3N 1Y7
 Tél : 1-800-514-7061
 Téléc : 1-888-251-9187
www.handicare.ca

POINT DE VENTE & SERVICE	CLIENT / CLIENTE
NOM :	NOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
VILLE :	VILLE :
TÉL : CP :	TÉL : CP :
REPRÉSENTANT AUTORISÉ :	LIEU DE LIVRAISON :
DATE DE RÉCEPTION AUTORISATION DU FIDUCIAIRE :	VILLE :
SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE :	TÉL : CP :
	DATE DE PRISE DE POSSESSION :
	SIGNATURE :

Inclus : accumulateurs (2) gr. 22 type gel, chargeur, suspension ressorts avant/arrière, longueur : 55 po, largeur : 26½ po, rayon de braquage : 55 po, pneu avant 12½ po, pneus arrière 12½ po à chambre à air, système de conduite avec colonne de direction réglable et guidon type Delta, siège Capitaine dossier haut (19¾ po x 19¾ po) sur glissière, recouvrement en cuirette, rembourré, profilé, dossier rabattable et réglable en angle, appui-tête, appui-bras réglables en largeur et hauteur, lumières, clignotants, panier grand format, drapeau de sécurité, rétroviseur, capacité de charge 350 livres.

MODÈLE	TRI/QUADRIPOURTEUR	COULEUR	# PIÈCE	PRIX
Winner	3 roues	argent	017679SB	3995.00 \$
SYSTÈME DE SOUTIEN DU CORPS SIÈGES TAILLE ADULTE STANDARD				
Siège Capitaine dossier haut (19¾ po x 19¾ po)			Inclus	
Siège Capitaine dossier haut, large (22 po x 20 po)			sans frais	

COMPLÈMENTS & OPTIONS			
	# PIÈCE	PRIX	
Inversion des manettes	Spécifiez sur commande	Sans frais	
Pneu anti-crevaisson 12 ½ po, avant (chaque)	018344	115.00 \$	
Pneu anti-crevaisson 12 ½ po, arrière (chaque)	018345	115.00 \$	
Support à cadre de marche		99.00 \$	
Support à canne – sur accoudoir côté droit côté gauche	018373	99.00 \$	
Support à oxygène – sur accoudoir	018374	99.00 \$	
Supports à béquilles et à quadripodes		99.00 \$	
Ceinture de sécurité à boucle, de type auto	017201	45.00 \$	
Prix total			

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client / de la cliente.

Ergo/Physio : _____ Tél : _____

Signature : _____ Date : _____

Espace réservé aux fiduciaires

mar 2011

ORTHO FAB

2160, rue De Celles
Québec, Québec G2C 1X8
Tél.: (418) 847-5225
Fax.: (418) 847-7961

10370 Lois-H. Lafontaine
Montréal, Québec H1J 2T3
Tél.: (514) 493-9797
Fax.: (514) 493-9803

2230 boul. Lapinière, suite 108
Brossard, Québec J4W 1M3
Tél.: (450) 462-4694
Fax.: (450) 462-2037

329 rue King Est
Sherbrooke, Québec J1G 1B3
Tél.: (819) 566-5551
Fax.: (819) 566-1772

1186, Avenue de la station
Shawinigan, Québec G9N 1W5
Tél.: (819) 536-7075
Fax.: (819) 536-7166

Lunar-4 Hyper-4

CLIENT / CLIENTE

NOM: _____
 ADRESSE: _____
 VILLE: _____
 TÉLÉPHONE: _____ CODE POSTAL: _____
 LIEU DE LIVRAISON: _____
 ADRESSE: _____
 VILLE: _____
 TÉLÉPHONE: _____ CODE POSTAL: _____
 DATE DE RÉCEPTION AUTORISATION MANDATAIRE: ____/____/____ DATE DE PRISE DE POSSESSION: ____/____/____
 SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE: _____ SIGNATURE: _____

Lunar-4 Quadriporteur		Hyper-4 Quadriporteur		Le Lunar 4 et Hyper 4 incluent: -siège rembourré profilé ergonomique cuirette -levier de déverrouillage pour pivoter le siège à droite -réglage longitudinal du siège -colonne de direction ajustable par cylindre -potentiomètre d'ajustement de la vitesse -klaxon -clef de démarrage (Qté :2) -panier de rangement avant -retroviseur côté gauche -pare-chocs à l'avant et à l'arrière -4 points d'ancrage pour transport adapté -antibasculants à roulettes -tapis de plancher antidérapant -phare avant -feux de position arrière -levier de relâche manuel du frein -guidon DELTA -drapeau de signalisation
SPÉCIFICATIONS longueur 46" largeur 23" rayon de braquage 53 1/2" hauteur siège plancher std de 18" à 20" hauteur sol plancher de 6" suspension au siège roues 10 x 3 pneus à chambre à air vitesse 10 km/hr siège rembourré profilé 17Lx17Px17H <u>SPB-915</u> dossier fixe à 100° appuis-bras escamotables, largeur 17" à 24" et réglables en hauteur chargeur de batterie externe poids maximum utilisateur est 275 lbs		SPÉCIFICATIONS longueur 52" largeur 25" rayon de braquage 65" hauteur siège plancher std de 18" à 22" hauteur sol plancher de 7" suspension aux 4 roues roues 13 x 4 pneus à chambre à air vitesse 10 km/hr siège rembourré profilé 18Lx18Px19H <u>SPB-931</u> dossier inclinable de 95° à 120° appuis-bras escamotables, largeur 20" à 25" et réglable en hauteur chargeur de batterie intégré clignotants avant et arrière pochette de dossier appui-tête réglable en hauteur poids maximum utilisateur est 350 lbs		
1 PRIX	1 842 \$ <input type="checkbox"/>	PRIX	2 695 \$ <input type="checkbox"/>	
	ROUGE RUBIS <input type="checkbox"/>		ROUGE RUBIS <input type="checkbox"/>	
2 Batteries GR U1	SF <input type="checkbox"/>	Batteries GR 22NF	SF <input type="checkbox"/>	
3 Tige de siège sans suspension ¹	SF <input type="checkbox"/>			
4 Roues antirevaillon avant	68 \$ <input type="checkbox"/>	Roues antirevaillon avant	68 \$ <input type="checkbox"/>	
5 Roues antirevaillon arrière	68 \$ <input type="checkbox"/>	Roues antirevaillon arrière	68 \$ <input type="checkbox"/>	
6 Modification siège 17Lx16Px17H	SF <input type="checkbox"/>	Modification siège 19Lx18Px19H	SF <input type="checkbox"/>	

OPTIONS ET ACCESSOIRES ADDITIONNELS					
7 Support quadripode, canne ou béquilles	125 \$ <input type="checkbox"/>	12 Ceinture de maintien de type auto	42 \$ <input type="checkbox"/>	15 Surélévation plancher + 1 3/4"	160 \$ <input type="checkbox"/>
8 Support bombonne à oxygène	125 \$ <input type="checkbox"/>			16 Augmentation hauteur appuis-bras 2 3/4"	44 \$ <input type="checkbox"/>
9 Support à cadre de marche	125 \$ <input type="checkbox"/>	Les lignes 13 à 19 sont sous considération spéciale		17 Augmentation longueur appuis-bras 3"	44 \$ <input type="checkbox"/>
10 Inversion manette de conduite	SF <input type="checkbox"/>	13 Extension des manettes de conduite ²	184 \$ <input type="checkbox"/>	18 Retroviseur supplémentaire	28 \$ <input type="checkbox"/>
11 Levier pivotement siège à gauche	48 \$ <input type="checkbox"/>	14 Extension levier de pivotement du siège	44 \$ <input type="checkbox"/>	19 Batteries GR M40 ³	116 \$ <input type="checkbox"/>
PRIX:		PRIX ACCESSOIRES:		PRIX TOTAL:	

Notes:

- ¹ ligne 3 hauteur siège-plancher sans suspension est de 17 3/4" à 20 1/4"
² ligne 13 modèle sur demande (fournir dessin et dimensions svp)
³ ligne 19 disponible seulement avec le Lunar-4

Espace réservé au mandataire

Ministère de la Santé et des services Sociaux / Programme triporteur et quadriporteur
 Mandataire donnant l'autorisation: IRDPQ IRGLM

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client / cliente.

Ergo / Physio: _____ Tél.: _____

Signature: _____ Date: ____/____/____

ORTHOFAB

2160, rue De Celles
 Québec, Québec G2C 1X8
 Tél.:(418) 847-5225
 Fax.:(418) 847-7961

10370 Loius-H. Lafontaine
 Montréal, Québec H1J 2T3
 Tél.:(514) 493-9797
 Fax.:(514) 493-9803

2230 boul. Lapinière, suite 108
 Brossard, Québec J4W 1M3
 Tél.:(450) 462-4694
 Fax.:(450) 462-2037

329 rue King Est
 Sherbrooke, Québec J1G 1B3
 Tél.:(819) 566-5551
 Fax.:(819) 566-1772

1186, Avenue de la station
 Shawinigan, Québec G9N 1W5
 Tél.:(819) 536-7075
 Fax.:(819) 536-7166



CLIENT / CLIENTE

NOM : _____
 ADRESSE : _____
 VILLE : _____
 TÉLÉPHONE : _____ CODE POSTAL : _____
 LIEU DE LIVRAISON : _____
 ADRESSE : _____
 VILLE : _____
 TÉLÉPHONE : _____ CODE POSTAL : _____
 DATE DE PRISE DE POSSESSION : ____ / ____ / ____
 SIGNATURE : _____

REPRÉSENTANT AUTORISÉ : _____
 DATE DE RÉCEPTION AUTORISATION MANDATAIRE : ____ / ____ / ____
 SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE : _____

Star 3 Triporteur	Star 4 Quadriporteur	Star 4s Quadriporteur
SPÉCIFICATIONS longueur 48" largeur 24" rayon de braquage 46" hauteur siège plancher std de 19" à 21" hauteur sol plancher de 5 1/2" suspension au siège roues 10 x 3 pneus à chambre à air vitesse 10 km/hr poids maximum utilisateur est 275 lbs	SPÉCIFICATIONS longueur 49" largeur 24" rayon de braquage 52 1/2" hauteur siège plancher std de 19" à 21" hauteur sol plancher de 5 1/2" suspension au siège roues 10 x 3 pneus à chambre à air vitesse 10 km/hr poids maximum utilisateur est de 300 lbs	SPÉCIFICATIONS longueur 49" largeur 24 1/2" rayon de braquage 52" hauteur siège plancher std de 18" à 22" hauteur sol plancher de 6" suspension aux 4 roues roues 10 x 3 pneus à chambres à air vitesse 10 km/hr poids maximum utilisateur est de 275 lbs

CES TROIS MODÈLES INCLUENT:

- assise rembourrée profilée ergonomique cuirette de 18Lx18Px19H SPB-931
- levier déverrouillage pivoter le siège à droite
- dossier inclinable de 95 à 120
- réglage longitudinal du siège
- appui-tête réglable en hauteur
- pochette de dossier
- drapeau de signalisation

- appuis-bras escamotables, largeur 20" à 25" réglables en hauteur
- colonne de direction ajustable par cylindre
- potentiomètre d'ajustement de la vitesse
- klaxon
- clef de démarrage (Qté: 2)
- panier de rangement avant
- rétroviseur à gauche
- chargeur de batterie intégré

- pare-chocs à l'avant et à l'arrière
- 4 points d'ancrage pour le transport adapté
- antibasculants à roulettes
- tapis de plancher antidérapant
- phare avant
- feux de position arrière
- clignotants avant et arrière
- levier de relâche manuel du frein
- guidon DELTA
- drapeau de signalisation

1	PRIX	2 029 \$	<input type="checkbox"/>	PRIX	2 083 \$	<input type="checkbox"/>	PRIX	2 083 \$	<input type="checkbox"/>
	ROUGE RUBIS <input checked="" type="checkbox"/>			ROUGE RUBIS <input type="checkbox"/>	GRIS ARGENT <input type="checkbox"/>		ROUGE RUBIS <input checked="" type="checkbox"/>		
2	Batteries GR M40	116 \$	<input type="checkbox"/>	Batteries GR M40	116 \$	<input type="checkbox"/>	Batteries GR M40	116 \$	<input type="checkbox"/>
	Justification: _____			Justification: _____			Justification: _____		
3	Batteries GR U1	SF	<input type="checkbox"/>	Batteries GR U1	SF	<input type="checkbox"/>	Batteries GR U1	SF	<input type="checkbox"/>
4	Tige de siège sans suspension ¹	SF	<input type="checkbox"/>	Tige de siège sans suspension ¹	SF	<input type="checkbox"/>	Tige de siège sans suspension ¹	SF	<input type="checkbox"/>
5	Roues anticrevaision avant	34 \$	<input type="checkbox"/>	Roues anticrevaision avant	68 \$	<input type="checkbox"/>	Roues anticrevaision avant	68 \$	<input type="checkbox"/>
6	Roues anticrevaision arrière	68 \$	<input type="checkbox"/>	Roues anticrevaision arrière	68 \$	<input type="checkbox"/>	Roues anticrevaision arrière	68 \$	<input type="checkbox"/>

OPTIONS ET ACCESSOIRES ADDITIONNELS											
7	Support quadripode, canne ou béquilles	125 \$	<input type="checkbox"/>	12	Ceinture de maintien de type auto	42 \$	<input type="checkbox"/>	16	Surélévation plancher + 1 3/4"	160 \$	<input type="checkbox"/>
8	Support bombonne à oxygène	125 \$	<input type="checkbox"/>	13	Modification siège 19Lx18Px19H	SF	<input type="checkbox"/>	17	Augmentation hauteur appuis-bras 2 3/4"	44 \$	<input type="checkbox"/>
9	Support à cadre de marche	125 \$	<input type="checkbox"/>	<u>Les lignes 14 à 19 sont sous considération spéciale</u>				18	Augmentation longueur appuis-bras 3"	44 \$	<input type="checkbox"/>
10	Inversion manette de conduite	SF	<input type="checkbox"/>	14	Extension des manettes de conduite ²	184 \$	<input type="checkbox"/>	19	Rétroviseur supplémentaire	28 \$	<input type="checkbox"/>
11	Levier pivotement siège à gauche	48 \$	<input type="checkbox"/>	15	Extension levier de pivotement du siège	44 \$	<input type="checkbox"/>				

PRIX: _____ PRIX ACCESSOIRES: _____ PRIX TOTAL: _____

¹ ligne 4 hauteur sol siège sans suspension est de 17 1/4" à 20"
² ligne 14 modèle sur demande (fournir dessin et dimensions svp)

Ministère de la Santé et des services Sociaux / Programme triporteur et quadriporteur
 Mandataire donnant l'autorisation: IRDPQ IRGLM

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client / cliente.
 Ergo / Physio : _____ Tél.: _____
 Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Espace réservé au mandataire

Formulaire de Commande 2011-2013

POINT DE VENTE & SERVICE	CLIENT/CLIENTE
NOM: _____ ADRESSE: _____	NOM: _____
TÉL: _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	ADRESSE: _____
DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____	TÉL: _____
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	LIEU DE LIVRAISON: _____
	DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____
	SIGNATURE: _____

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Triporteur rouge Victory 9 | 1800.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Triporteur bleu Victory 9 | 1800.00\$ |

Triporteur de 43.375" de long, 22" de large, Garde au sol de 2", rayon de braquage 40", Capacité de 300lb, vitesse maximale de 5.25mph, roues anti-crevaisons (avant 8", arrière 9"). Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel U1 32Ah, chargeur externe, Phare avant, réflecteurs arrière, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

STANDARD

- Modèle Fish-On V en vinyle (SETASMB6023)** SF
 (18"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



SIÈGE OPTIONNEL

- Modèle Fish-On ET en vinyle (SETASMB5827)** SF
 (17.5"L x 17"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



COMPLÉMENTS & OPTIONS

- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) U1 32 Ah de type gel | Inc |
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) M40 40 Ah Justification: _____ | \$50 |
| <input type="checkbox"/> Insertions anti-crevaison avant & arrière | Inc |
| <input type="checkbox"/> Rétroviseur (1) | Inc |
| <input type="checkbox"/> Drapeau | Inc |
| <input type="checkbox"/> Petit panier avant monté sur le guidon | Inc |
| <input type="checkbox"/> Manette de conduite inversée | S/F |
| <input type="checkbox"/> Ceinture 50" type auto | \$24 |
| <input type="checkbox"/> Levier de pivotement à gauche | \$63 |

ACCESSOIRES

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles régulières | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles canadiennes | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne quadripode | \$90 |
| <input type="checkbox"/> Support à Marchette | \$80 |
| <input type="checkbox"/> Support à Oxygène | \$70 |

***COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête** \$375*
 appuis-bras réglables en angle & largeur
 (réglage de l'angle du dossier avec outils)



OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête** \$525*
 appuis-bras réglables en angle & largeur
 (réglage de l'angle du dossier avec outils)



- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tissu Brun | <input type="checkbox"/> Vinyle Brun |
| <input type="checkbox"/> Vinyle Gris | <input type="checkbox"/> Tissu Gris <input type="checkbox"/> Vinyle Noir |

- Profondeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L
 Largeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

- Plaque d'identification requise seulement
 No de Série: S _____

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____

Formulaire de Commande 2011-2013

POINT DE VENTE & SERVICE	CLIENT/CLIENTE
NOM: _____ ADRESSE: _____	NOM: _____
TÉL: _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	ADRESSE: _____
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____</p>	TÉL: _____
	LIEU DE LIVRAISON: _____
	DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____
	SIGNATURE: _____

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Quadriporteur rouge Victory 9 | 1800.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Quadriporteur bleu Victory 9 | 1800.00\$ |

Quadriporteur de 45.6" de long, 22" de large, Garde au sol de 2", rayon de braquage 54", Capacité de 300lb, vitesse maximale de 5.25mph, roues anti-crevaisons de 9". Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel U1 32Ah, chargeur externe, Phare avant, réflecteurs arrière, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

STANDARD

- Modèle Fish-On V en vinyle (SETASMB6023)** SF
(18"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



SIÈGE OPTIONNEL

- Modèle Fish-On ET en vinyle (SETASMB5827)** SF
(17.5"L x 17"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



COMPLÉMENTS & OPTIONS

- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) U1 32 Ah de type gel | Inc |
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) M40 40 Ah Justification: _____ | \$50 |
| <input type="checkbox"/> Insertions anti-crevaison avant & arrière | Inc |
| <input type="checkbox"/> Rétroviseur (1) | Inc |
| <input type="checkbox"/> Drapeau | Inc |
| <input type="checkbox"/> Petit panier avant monté sur le guidon | Inc |
| <input type="checkbox"/> Manette de conduite inversée | S/F |
| <input type="checkbox"/> Ceinture 50" type auto | \$24 |
| <input type="checkbox"/> Levier de pivotement à gauche | \$63 |

ACCESSOIRES

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles régulières | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles canadiennes | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne quadripode | \$90 |
| <input type="checkbox"/> Support à Marchette | \$80 |
| <input type="checkbox"/> Support à Oxygène | \$70 |

***COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête** \$375*
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)



OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête** \$525*
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)



- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tissu Brun | <input type="checkbox"/> Vinyle Brun |
| <input type="checkbox"/> Vinyle Gris | <input type="checkbox"/> Tissu Gris <input type="checkbox"/> Vinyle Noir |

- Profondeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L
Largeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

- Plaque d'identification requise seulement
 No de Série: S _____

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____

Formulaire de Commande 2011-2013

POINT DE VENTE & SERVICE	CLIENT/CLIENTE
NOM: _____ ADRESSE: _____	NOM: _____
TÉL: _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	ADRESSE: _____
DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____	TÉL: _____
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	LIEU DE LIVRAISON: _____
	DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____
	SIGNATURE: _____

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Triporteur hybride rouge Victory Twin DX (2 roues jumellées avant) | 2000.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Triporteur hybride bleu Victory Twin DX (2 roues jumellées avant) | 2000.00\$ |

Triporteur hybride de 46" de long, 22" de large, Garde au sol de 2.25", rayon de braquage 41.3", Capacité de 350lb, vitesse maximale de 5.25mph, roues anti-crevaisons (avant 9", arrière 10"). Suspension arrière. Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel U1 32Ah, chargeur externe, Système de lumière complet, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

STANDARD

- Modèle Fish-On V en vinyle (SETASMB6023) **SF**
(18"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



SIÈGE OPTIONNEL

- Modèle Fish-On ET en vinyle (SETASMB5827) **SF**
(17.5"L x 17"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



COMPLÉMENTS & OPTIONS

- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) U1 32 Ah de type gel | Inc |
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) M40 40 Ah Justification: _____ | \$50 |
| <input type="checkbox"/> Insertions anti-crevaison avant & arrière | Inc |
| <input type="checkbox"/> Rétroviseur (1) | Inc |
| <input type="checkbox"/> Drapeau | Inc |
| <input type="checkbox"/> Petit panier avant monté sur le guidon | Inc |
| <input type="checkbox"/> Manette de conduite inversée | S/F |
| <input type="checkbox"/> Ceinture 50" type auto | \$24 |
| <input type="checkbox"/> Levier de pivotement à gauche | \$63 |

ACCESSOIRES

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles régulières | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles canadiennes | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne quadripode | \$90 |
| <input type="checkbox"/> Support à Marchette | \$80 |
| <input type="checkbox"/> Support à Oxygène | \$70 |

***COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle **Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête** **\$375***
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)

OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle **Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête** **\$525***
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tissu Brun | <input type="checkbox"/> Vinyle Brun |
| <input type="checkbox"/> Vinyle Gris | <input type="checkbox"/> Tissu Gris <input type="checkbox"/> Vinyle Noir |

- Profondeur: 12"L 14"L 16"L
Largeur: 12"L 14"L 16"L

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

- Plaque d'identification requise seulement
 No de Série: S _____

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____

Formulaire de Commande 2011-2013

<u>POINT DE VENTE & SERVICE</u>	<u>CLIENT/CLIENTE</u>
NOM: _____ ADRESSE: _____	NOM: _____
TÉL: _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	ADRESSE: _____
DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____	TÉL: _____
LIEU DE LIVRAISON: _____	DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____
	SIGNATURE: _____

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Quadriporteur rouge Victory 10 DX | 1875.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Quadriporteur bleu Victory 10 DX | 1875.00\$ |

Quadriporteur de 47" de long, 22.25" de large, Garde au sol de 2.5", rayon de braquage 52.5", Capacité de 300lb, vitesse maximale de 5.25mph, roues anti-crevaisons de 10", suspension avant & arrière. Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel U1 32Ah, chargeur externe, système de lumière complet, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

STANDARD

- Modèle Fish-On V en vinyle (SETASMB6023)** SF
(18"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



SIÈGE OPTIONNEL

- Modèle Fish-On ET en vinyle (SETASMB5827)** SF
(17.5"L x 17"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle



COMPLÉMENTS & OPTIONS

- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) U1 32 Ah de type gel | Inc |
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) M40 40 Ah Justification: _____ | \$50 |
| <input type="checkbox"/> Insertions anti-crevaison avant & arrière | Inc |
| <input type="checkbox"/> Rétroviseur (1) | Inc |
| <input type="checkbox"/> Drapeau | Inc |
| <input type="checkbox"/> Petit panier avant monté sur le guidon | Inc |
| <input type="checkbox"/> Manette de conduite inversée | S/F |
| <input type="checkbox"/> Ceinture 50" type auto | \$24 |
| <input type="checkbox"/> Levier de pivotement à gauche | \$63 |

ACCESSOIRES

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles régulières | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles canadiennes | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne quadripode | \$90 |
| <input type="checkbox"/> Support à Marchette | \$80 |
| <input type="checkbox"/> Support à Oxygène | \$70 |

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

- Plaque d'identification requise seulement
 No de Série: S _____

***COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête** \$375*
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)



OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête** \$525*
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)



- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tissu Brun | <input type="checkbox"/> Vinyle Brun | <input type="checkbox"/> Vinyle Noir |
| <input type="checkbox"/> Vinyle Gris | <input type="checkbox"/> Tissu Gris | |

- Profondeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L
Largeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____



Fax: (450)-979-3011
Tel: (514)-972-2355

Courriel: jgagnon@pridemobility.com

Ministère de la Santé et des Services sociaux / Programme triporteur et Quadriporteur
Fiduciaire donnant l'autorisation: IRDPQ IRGLM

Formulaire de Commande 2011-2013

POINT DE VENTE & SERVICE	CLIENT/CLIENTE
NOM: _____ ADRESSE: _____	NOM: _____
TÉL: _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	ADRESSE: _____
DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____	TÉL: _____
LIEU DE LIVRAISON: _____	DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____
SIGNATURE: _____	

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Triporteur rouge Celebrity X3 RQ | 1875.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Triporteur rouge Celebrity X3 RQ avec suspension au siège | 1925.00\$ |

Triporteur de 46" de long, 24" de large. Garde au sol de 3.5", rayon de braquage 41.5", Capacité de 350lb, vitesse maximale de 6mph, roues pneumatiques de 10", suspension arrière. Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel U1 32Ah, chargeur externe 5A, Phare avant & arrière, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

STANDARD

- Modèle CRS inclinable STANDARD, appui-tête SF
(18"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle
- Vinyle Noir STANDARD Tissu Gris
 Vinyle Gris
- 

SIÈGE OPTIONNEL

- Modèle KAB inclinable STANDARD, appui-tête Vinyle Noir S/F
(19.5"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle
- 

COMPLÉMENTS & OPTIONS


- | | |
|---|------|
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) U1 32 Ah de type gel | Inc |
| <input type="checkbox"/> Accumulateurs (2) M40 40 Ah Justification: _____ | \$50 |
| <input type="checkbox"/> Pneumatiques avant & arrière | Inc |
| <input type="checkbox"/> Insertions anti-crevaisin avant & arrière | S/F |
| <input type="checkbox"/> Rétroviseur (1) | Inc |
| <input type="checkbox"/> Drapeau | Inc |
| <input type="checkbox"/> Petit panier avant monté sur le guidon | Inc |
| <input type="checkbox"/> Manette de conduite inversée | S/F |
| <input type="checkbox"/> Ceinture 50" type auto | \$24 |
| <input type="checkbox"/> Levier de pivotement à gauche | \$63 |

ACCESSOIRES


- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne simple (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 2" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à cannes double (tube) 3" | \$71 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles régulières | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à béquilles canadiennes | \$60 |
| <input type="checkbox"/> Support à canne quadripode | \$90 |
| <input type="checkbox"/> Support à Marchette | \$80 |
| <input type="checkbox"/> Support à Oxygène | \$70 |

*COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE

OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête \$250*
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)
- 

OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

- Modèle Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête \$400*
appuis-bras réglables en angle & largeur
(réglage de l'angle du dossier avec outils)
- 

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tissu Brun | <input type="checkbox"/> Vinyle Brun |
| <input type="checkbox"/> Vinyle Gris | <input type="checkbox"/> Tissu Gris <input type="checkbox"/> Vinyle Noir |

- Profondeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L
Largeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

- Plaque d'identification requise seulement
 No de Série: S _____

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____

2011-2013 REV8

Formulaire de Commande 2011-2013

POINT DE VENTE & SERVICE		CLIENT/CLIENTE	
NOM: _____	ADRESSE: _____	NOM: _____	ADRESSE: _____
TÉL: _____	SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	TÉL: _____	LIEU DE LIVRAISON: _____
DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____		DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____	SIGNATURE: _____

- Quadriporteur rouge Celebrity X4 RQ 1950.00\$
- Quadriporteur rouge Celebrity X4 RQ avec suspension au siège 1995.00\$

Quadriporteur de 46.75" de long, 24" de large, Garde au sol de 3.5", rayon de braquage 56.6", Capacité de 350lb, vitesse maximale de 6mph, roues pneumatiques de 10", suspension avant-arrière. Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel U1 32Ah, chargeur externe 5A, Phare avant & arrière, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

STANDARD

Modèle CRS inclinable STANDARD, appui-tête (18"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle SF


Vinyle Noir STANDARD Tissu Gris

Vinyle Gris



SIÈGE OPTIONNEL

Modèle KAB inclinable STANDARD, appui-tête Vinyle Noir (19.5"L x 18"P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle S/F



COMPLÉMENTS & OPTIONS

- Accumulateurs (2) U1 32 Ah de type gel Inc \$50
- Accumulateurs (2) M40 40 Ah Justification: _____ Inc \$50
- Pneumatiques avant & arrière Inc S/F
- Insertions anti-crevaison avant & arrière Inc S/F
- Rétroviseur (1) Inc \$24
- Drapeau Inc \$63
- Petit panier avant monté sur le guidon Inc \$71
- Manette de conduite inversée S/F \$71
- Ceinture 50" type auto \$24
- Levier de pivotement à gauche \$63

ACCESSOIRES

- Support à canne simple (tube) 2" \$71
- Support à canne simple (tube) 3" \$71
- Support à cannes double (tube) 2" \$71
- Support à cannes double (tube) 3" \$71
- Support à béquilles régulières \$60
- Support à béquilles canadiennes \$60
- Support à canne quadripode \$90
- Support à Marchette \$80
- Support à Oxygène \$70

***COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

Modèle Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête appuis-bras réglables en angle & largeur (réglage de l'angle du dossier avec outils) \$250*



OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)

Modèle Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête appuis-bras réglables en angle & largeur (réglage de l'angle du dossier avec outils) \$400*



- Tissu Brun Vinyle Brun Vinyle Noir
- Vinyle Gris Tissu Gris

- Profondeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L
- Largeur: 12"L 14"L 16"L 18"L 20"L 22"L

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

- Plaque d'identification requise seulement
- No de Série: S _____

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____

Formulaire de Commande 2011-2013

POINT DE VENTE & SERVICE	CLIENT/CLIENTE
NOM: _____ ADRESSE: _____	NOM: _____
TÉL: _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU PDVS: _____	ADRESSE: _____
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>DATE DE RÉCEPTION DE L'AUTORISATION DU FIDUCIAIRE: _____</p>	TÉL: _____
	LIEU DE LIVRAISON: _____
	DATE DE PRISE DE POSSESSION: _____
	SIGNATURE: _____

<input type="checkbox"/> Quadriporteur rouge Pursuit RQ	2995.00\$
<input type="checkbox"/> Quadriporteur noir Pursuit RQ	2995.00\$

Quadriporteur de 53" de long, 25" de large, Garde au sol de 3.5", rayon de braquage 66.5", Capacité de 400 lb, vitesse maximale de 6mph, roues pneumatiques de 13", suspension avant-arrière. Incluant guidon type Delta, panier avant, 2 clefs, drapeau, miroir, accumulateurs (2) type gel NF 22 50Ah, chargeur externe 8A, système de lumière complet, 4 points d'ancrage pour le transport.

SÉLECTION DE SIÈGES

<p>STANDARD</p> <p><input type="checkbox"/> Modèle KAB inclinable STANDARD, appui-tête Vinyle Noir S/F (19.5" L x 18" P) sur glissières, appuis-bras réglables en angle </p>	<p>SIÈGE OPTIONNEL</p> <p><input type="checkbox"/> Siège Capitaine avec appui-tête 20"L x 20"P appuis-bras réglables en angle & largeur en vinyle gris sur glissières. </p> <p style="text-align: right;">\$575</p>
---	---

COMPLÉMENTS & OPTIONS

- Accumulateurs (2) NF 22 50Ah de type gel Inc
- Pneumatiques avant & arrière Inc \$120
- Insertions anti-crevaisson avant & arrière Inc
- Rétroviseur (1) Inc
- Drapeau Inc
- Panier avant monté sur support indépendant du guidon Inc
- Manette de conduite inversée S/F
- Ceinture 50" type auto (60" 70" 90") \$24
- Levier de pivotement à gauche \$63

ACCESSOIRES

- Support à canne simple (tube) 2" \$71
- Support à canne simple (tube) 3" \$71
- Support à cannes double (tube) 2" \$71
- Support à cannes double (tube) 3" \$71
- Support à béquilles régulières \$60
- Support à béquilles canadiennes \$60
- Support à canne quadripode \$90
- Support à Marchette \$80
- Support à Oxygène \$70

***COMPOSANTS SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

<p>OPTION 1 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)</p> <p><input type="checkbox"/> Modèle Siège Capitaine SUR MESURE sans appui-tête appuis-bras réglables en angle & largeur (réglage de l'angle du dossier avec outils) </p> <p style="text-align: right;">\$250*</p> <p>OPTION 2 (CHOISIR COULEUR, LARGEUR X PROFONDEUR)</p> <p><input type="checkbox"/> Modèle Siège Capitaine SUR MESURE avec appui-tête appuis-bras réglables en angle & largeur (réglage de l'angle du dossier avec outils) </p> <p style="text-align: right;">\$400*</p>	<p><input type="checkbox"/> Tissu Brun <input type="checkbox"/> Vinyle Brun</p> <p><input type="checkbox"/> Vinyle Gris <input type="checkbox"/> Tissu Gris <input type="checkbox"/> Vinyle Noir</p> <p>Profondeur: <input type="checkbox"/>18"L <input type="checkbox"/>20"L <input type="checkbox"/>22"L</p> <p>Largeur: <input type="checkbox"/>18"L <input type="checkbox"/>20"L <input type="checkbox"/>22"L</p>
---	---

À L'USAGE DES DÉTAILLANTS

Plaque d'identification requise seulement

No de Série: S _____

PRIX TOTAL: _____

J'atteste que la présente commande est conforme à l'évaluation des besoins du client/ de la cliente.

Ergo/Physio _____ Tel: _____ Signature _____ Date _____

2011-2013 REV2

ANNEXE XV – RÉSEAU DE DISTRIBUTION

Guide de gestion du Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs

Contrat 2011-2013

HANDICARE

Réseau de distribution	Coordonnées	Points de ventes et de service	Nom	Adresse	Code postal	Prov	Telephone	Telecopieur	Regions	Emails
			ADAPTEL	7070 SHERBROOKE EST, MONTREAL, QC	H1N 1E6	QC	5143281892	5143287837	06,13,14,15,16	marco.williams@adaptel.ca
			AMEDCO INC.	2127 BELANGER EST, MONTREAL, QUEBEC	H2G 1C3	QC	5147228220	5147225873	6,13,14,15,16	info@amedco.ca
			ARTHRO MED INC	2020 BOUL DES LAURENTIDES, LAVAL, QUEBEC	H7M 2R4	QC	4509672388	4509674215	13	fboutin@arthromed.ca
			BOUTIQUE ORTHO-AUTONOME	4718 RUE WELLINGTON VERDUN, QUEBEC	H4G 1X3	QC	514765 0707	5147623533	6,10	boutique.lautonome@bellnet.ca
			CENTRE D'AUTONOMIE DE DOLBEAU	399 DE LA FRICHE, DOLBEAU, QUEBEC	G8L 2T3	QC	4182768336	4182768403	02,09	josee_lavoie@centreaautonomie.com
			CEO SOREL	265 BLV. FISET, SORE-TRACY, QC	J3P 3P9	QC	4507802825	4507802827	16	cosdesorel@videotron.ca
			CTRE D'EQUIPEMENT ORTHOPEDIQUE	70 RUE DUBOIS SUITE 110, ST-EUSTACHE, QUEBEC	J7P 4W9	QC	4504911454	4504911459	14,15	plandry@ceomedic.ca
			EQUIPEMENTS ADAPTES MCL	275 CURE POIRIER OUEST, LONGUEUIL, QUEBEC	J4J 2G4	QC	4504424111	4504420546	16,6	paulmcl@bellnet.ca
			ESTRIES ROULE INC.	242 ROBINSON SUD., GRANBY, QUEBEC	J2G 7M6	QC	4507770111	4507774423	5	info@estrieroule.com
			EXPO MEDIC	1730 BOUL DES LAURENTIDES, LAVAL, QUEBEC	H7M 2Y4	QC	4509752299	4509758919	13	amiqiliani@expoimedic.ca
			FAUTEUILS ROULANTS & TRIPORTEU	349, CHEMIN LAROCQUE, VALLEYFIELD, PQ	J6T 4C4	QC	4503732121	5143135713	16	roulez@videotron.ca
			LA CLEF DE L'AUTONOMIE	200 HERIOT, DRUMMONDVILLE, QUEBEC	J2C 1J8	QC	8194786050	8194724264	4	laclefdeautonomie@hotmail.com
			LES ENTREPRISE MEDICAL OUTAOUA	179 ST JOSEPH BOUL, HULL, QUEBEC	J8Y 3X2	QC	8197765363	8197764794	7	hull@lesempo.com
			LES EQUIPEMENTS PARAMEDIC INC.	3535 BOUL ST-FRANCOIS, JONQUIERE, (QUEBEC)	G7X 2W5	QC	4185421255	4185425959	2	luc@paramedic-canada.com
			LOCA-MEDIC INC.	4590 BOUL HENRI-BOURASSA O., ST-LAURENT, QUEBEC	H4L 1A8	QC	5143324433	5143324436	6	info@locamedic.com
			MAISON ANDRE VIGER (1994) INC.	6700 rue SAINT-DENIS, MONTREAL, QUEBEC	H2S 2S2	QC	5142747560	5142745593	6,13,14,15,16	yves@andreviger.qc.ca, milton@andreviger.qc.ca
			MEDIC-SANTE VD	1245 3RD AVENUE, VAL-D'OR, QUEBEC	J9P 6C3	QC	8198245551	8198246311	8	donaldwall@medicsante.com
			MEDICUS	5135 10TH AVE.	H1Y 2G5	QC	514525757	5145259915	6,13,16	lbrisson@medicus.ca, a.m.tremblay@medicus.ca
			MEDI-SANTE	867 BOUL ST. RENE OUEST, GATINEAU, QUE	J8T 7X6	QC	8192431717	8192431415	7	rwali@medi-sante.com
			MEDYREL INC.	379 BOUL. DES LAURENTIDES, ST-JEROME, QC	J7Z 4L9	QC	4504364921	4504361245	15	medyrel@videotron.ca
			ORTHAIDE	7 9EME RUE, ROUYN-NORANDA	J9X 2A9	QC	8197627478	8197622309	8	orthaide_crim@ssss.gouv.qc.ca
			ORTHESES PROTHESES TERREBONNE	1701 CHEMIN GASCON, TERREBONNE, QUE	J6X 3Z6	QC	4504711101	4504712416	14	opti@videotron.ca
			ORTHO ML INC	574-1 BOUL PERRON, MARIA, QC	G0C 1Y0	QC	4187595000	4187595007	1,11,09	remi.stonge@orthoml.com, mana@orthoml.com
			ORTHOCONCEPT QUEBEC INC.	200-1850 BOUL LE CORBUSIER LAVAL O.C	H7S 2K1	QC	4506636700	4509733848	13	frobent@orthoconcept.com
			ORTHO-JOLY	985 RUE PAPINEAU, JOLIETTE	J6E 2L8	QC	4507593025	4507598899	14	joly@bellnet.ca
			ORTHOPRO ENRG	30 BOUL DE L'ARTISAN, VICTORIAVILLE, QUEBEC	G6P 7E4	QC	8197584344	8197587181	04,12	orthoopro@bellnet.ca
			OXYBEC MEDICAL	981 RUE KING OUEST ST., SHERBROOKE, QUEBEC	J1H 1S3	QC	8195668711	8195660371	5,16	malemay@oxybec.com
			PHYSIO-TRACE INC.	2487 BOUL. CASAVANT OUEST, ST-HYACINTHE, QUEBEC	J2S 7E5	QC	4507782520	4507782697	16	info@mouvementsante.com
			PLUS MOBILE INC.	969 BOUL. SEMINAIRE NORD, ST-JEAN SUR RICHELIEU	J3A 1K1	QC	4503599191	4503599754	16	andrestamand@hotmail.com
			SAVARD ORTHO CONFORT INC.	1350, RUE CYRILLE-DUQUET, QUEBEC, QUEBEC	G1N 2E5	QC	4186816381	4186811372	01,03,04,09,11,12	achat@savard.qc.ca
			SMVR 2 VISIONS INC.	414 ST-GERMAIN WEST, RIMOUSKI	G5L 3N4	QC	4187239225	4187223981	1	abeauliusmvr2@globetrotter.net, smvr2visions@globetrotter.net
			SOLUTION BEL AGE	2230 BOUL LAPINIERE SUITE 108, BROSSARD QC	H8Y 1W8	QC	5146838388	5146831388	16,06	
				Liste mise à jour le 8 Février 2011						

RÉSEAU DE DISTRIBUTION DU FOURNISSEUR

ORTHOFAB™

Nom du fournisseur : _____

Modèle(s)	Triporteur	Quadriporteur
Star 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Star 4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lunar 4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Star 4S	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hyper 4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

COORDONNÉES POINTS DE VENTE ET DE SERVICE		COORDONNÉES RESPONSABLE DES ACHATS		REGION(S) DESSERVIE(S)*
Nom	Orthofab (Québec)	Nom	Marco Ménard	1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12
Adresse	2160 De Celles Québec, Québec G2C 1X8	Téléphone	418-847-5225	
		Télécopieur	418-847-7961	
		Courriel	mmenard@orthofab.com	
Nom	Orthofab (Montréal)	Nom	Maurice L'Écuyer	6, 7, 13, 14, 15
Adresse	10370 boul. Louis-H. Lafontaine Montréal (Anjou), Québec H1J 2T3	Téléphone	514-493-9797	
		Télécopieur	514-493-9803	
		Courriel	mlecuyer@orthofab.com	
Nom	Orthofab (Brossard)	Nom	Daniel Bélanger	16
Adresse	2230 boul. Lapinière, suite 108 Brossard, Québec J4W 1M3	Téléphone	450-462-4694	
		Télécopieur	450-462-2037	
		Courriel	dbelanger@orthofab.com	
Nom	Orthofab (Sherbrooke)	Nom	Caroline Fournier	5
Adresse	329 rue King Est Sherbrooke, Québec J1G 1B3	Téléphone	819-566-5551	
		Télécopieur	819-566-1772	
		Courriel	cfournier@orthofab.com	

* Le fournisseur doit inscrire les régions desservies par le point de vente et de service en utilisant les numéros des régions tels qu'identifiées à l'annexe 7 « Répartition régionale des ventes de triporteurs et de quadriporteurs ».

Le fournisseur peut joindre des feuilles supplémentaire au besoin.

RAMQ

QC-RAMQ-20091101

Triporteurs et quadriporteurs

RÉSEAU DE DISTRIBUTION DU FOURNISSEUR

ORTHOFAB

Nom du fournisseur : _____

Modèle(s)	Triporteur	Quadriporteur
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COORDONNÉES POINTS DE VENTE ET DE SERVICE		COORDONNÉES RESPONSABLE DES ACHATS		RÉGION(S) DESSERVIE(S)*
Nom	Orthofab (Shawinigan)	Nom	Jocelyne Desaulniers	4
Adresse	1186, ave De La Station Shawinigan, Québec G9N 1W5	Téléphone	819-536-7075	
		Télécopieur	819-536-7166	
		Courriel	jdesaulniers@orthofab.com	
Nom	_____	Nom	_____	
Adresse	_____	Téléphone	_____	
	_____	Télécopieur	_____	
	_____	Courriel	_____	
Nom	_____	Nom	_____	
Adresse	_____	Téléphone	_____	
	_____	Télécopieur	_____	
	_____	Courriel	_____	

* Le fournisseur doit inscrire les régions desservies par le point de vente et de service en utilisant les numéros des régions tels qu'identifiés à l'annexe 7 « Répartition régionale des ventes de triporteurs et de quadriporteurs ».

Le fournisseur peut joindre des feuilles supplémentaire au besoin.



Jaclyn Gagnon, Gérant de Territoire Sénior, Province de Québec

Cell: 514-972-2355

Courriel: jgagnon@pridemobility.com

380 Yansickie Road
St. Catharines, Ontario, L2R 6P7
514-972-2355
fax: 450-979-3011
www.pridemobility.com

8. JOUR: 5 mars 2011

NOM	ADRESSE	SUITE	VILLE	CODE POSTAL	TELEPHONE	RESPONSABLE DES ACHATS	REGION
CENTRE HOSPITALIER HOTEL-DIEU	622 4E RUE OUEST		AMOS	J8T 2S2	819-732-3341	Clément Laroche	8
SOLUTION BEL AGE	2230 LAPINIERE	Suite 108	BROSSARD	J4W 1M3	450-462-4694	Daniël Bélanger	5, 16
ORTHO ML INC.	484 AVE DE L'HOTEL DE VILLE		CHANDLER	G0C 1K0	418-589-7689	Mélanie Cyr	11
CENTRE D'AUTONOMIE DOLBEAU	399 AVENUE DE LA FRICHE		DOLBEAU	G8L 2T3	418-276-8336	Josée Lavoie	2
DISTRIBUTION SELECT	1, RUE DES CERISIERS		GASPÉ	G4X 2M1	418-368-2949	Gino Lavoie	11
E.M.O.	361 BOUL. MALONEY OUEST		GATINEAU	J8P 7E9	819-643-5363	Sylvain Bujold	7
ESTRIE ROULE	242 ROBINSON S.		GRANBY	J2G 7M6	450-777-0111	Daniël Chartrand	5
E.M.O.	179 BOUL ST. JOSEPH		HULL	J8Y 3X2	819 776-5363	Sylvain Bujold	7
PARAMEDIC INC.	3535 BOULEVARD ST-FRANCOIS		JONGQUIERE	G7X 2W5	418-542-1255	Luc Tremblay	2
ARTHRO MED	2020 BOUL DES LAURENTIDES	Suite H	LAVAL	H7M 2R4	450-967-2388	Jean-François Boulth	13
ORTHO CONCEPT	200-1860 BOUL LE CORBUSIER		LAVAL	H7S 2K1	450-973-6700	Fernand Robert	13
EQUIPEMENTS ADAPTES MCL	985 BOUL CUIRE POIRIER OUEST		LONGUEUIL	J4K 2C8	450-442-4111	Mario Lefebvre	16
ORTHO ML INC.	425 BOUL PERRON OUEST		MARIA	G0C 1Y0	418-759-5000	Jean-Christophe Menou	11
AMEDCO	2127 RUE BELANGER EST		MONTREAL	H2G 1C3	514-722-8020	Luc Vigneault	6
ADAPTEL INC	5184 RUE CHARLEOI		MONTREAL	H1G 3A1	514-328-1892	Mario Williams	6
MAISON ANDRE VIGER	6700 ST-DENIS		MONTREAL	H2S 2S2	514-274-7860	Milton Romero	6
MEDICUS	5135 10 AVENUE		MONTREAL	H1Y 2G5	514-525-3757	Anne Marie Tremblay	6
SOLUTION BEL AGE	10370 LOUIS-H LAFONTAINE		MONTREAL	H1J 2T3	514-683-8388	Daniël Bélanger	6, 13
SAVARD ORTHO CONFORT QUÉBEC	1350, CYRILLE-DUQUETTE		QUÉBEC	G1N 2E5	418-681-6381	Alain Simard & Benoît Jobin	3, 9, 10
SAVARD ORTHO CONFORT LÉVIS	4727, BOUL DE LA RIVE-SUD		LÉVIS	G6W 1H5	418-833-6381	Alain Simard & Johanne	3, 9, 10
LA BOUTIQUE DU LIT ELECTRIQUE	561 RUE LECLERS	Suite 113	REPENTIGNY	J6A 8B4	514-949-0253	François Marfin	6, 14
SAVARD ORTHO CONFORT RIVIERE DU LOUP	98, RUE AMYOT	BUR. 110	RIVIERE DU LOUP	G5R 3G3	418-681-1372	Marco Després	1, 11
ORTHHAIDE	7, 9E RUE	C.P. 2395	ROUYNHORANDA	J8X 2A9	819-797-8825	Celine Massicote	8
EQUIPEMENT MEDICAL SUD-OUEST	349, CHEMIN LAROCQUE		S-DE-VALLEYFIELD	J6T 4C4	514-313-5713	Jean-François Cauvier	16
OXYBEC MEDICAL	981 KING WEST ST		SHERBROOKE	J1H 1S3	819-566-8711	Patrick Boutin	5
MOUVEMENT SANTE READAPTATION	2487 BOUL CASAVANT OUEST		ST. HYACINTHE	J2S 7E5	450-778-2520	Slan Melancon	16
CEG MEDIC CENTRE STE-EUSTACHE	70 RUE DUBOIS	Suite 110	ST-EUSTACHE	J7P 4W9	450-491-1454	Paul Landry	15
CLINIQUE ET LABORATOIRE ORTHO.	16 RUE DUMAIS EST		THETFORD MINES	G6G 3P9	418-335-3644	Eric Nadeau	12
SAVARD ORTHO CONFORT TROIS-RIVIERES	3000, BOUL ST-JEAN		TROIS-RIVIERES	G9B 2M3	819-376-5383	Normand Morrissette	4, 14
MEDI SANTE	1245 3RD AVE		VAL D'OR	J9P 6C3	819-824-5551	Donald Wall	8
ORTHONOMIE PLUS	37 NOTRE-DAME OUEST		VICTORIAVILLE	G6P 1R6	819-751-1221	Marlin Talbot	12
ORTHOPRO	30 BOUL DE L'ARTISAN		VICTORIAVILLE	G6P 7E3	819-758-4344	Serge Fréchette	12

ANNEXE XVI – TABLEAU DES GARANTIES

**Guide de gestion du
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs**

Contrat 2011-2013

TRIPORTEURS / QUADRIPORTEURS
Tableau des garanties

TRIPORTEURS ET QUADRIPORTEURS
TABLEAU DES GARANTIES
Contrat 01-03-2011 au 28-02-2013

	TRIPORTEURS et QUADRIPORTEURS (achat initial) y compris les composants et compléments	CHÂSSIS (achat initial)	COMPOSANTS, COMPLÉMENTS et PIÈCES NEUVES remplacés après la période de garantie initiale	ACCUMULATEURS D'ORIGINE	PNEUS, CHAMBRE à AIR, APPUIS-BRAS, REVÊTEMENTS DE SIÈGE et de DOSSIER, PHARES	DISPONIBILITÉ DES COMPOSANTS, COMPLÉMENTS et PIÈCES
FOURNISSEUR	pièces et main d'œuvre (18 mois minimum)	pièces et main d'œuvre (5 ans minimum)	pièces et main d'œuvre (18 mois minimum)	pièces et main d'œuvre (12 mois minimum)	pièces et main d'œuvre (90 jours minimum)	(5 ans minimum)
Handicare	24 mois	5 ans	18 mois	12 mois	90 jours	5 ans
Orthofab	24 mois	5 ans	18 mois	12 mois	90 jours	5 ans
Pride	24 mois	5 ans	18 mois	12 mois	90 jours	5 ans

ANNEXE XVII – GRILLE DE RÉFÉRENCE

**Guide de gestion du
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs**

Contrat 2011-2013

Triporteurs	Handicare	Handicare	Orthofab	Pride	Pride	Pride	Pride	Ranger
	Fortress T43 homologué	Fortress DT3 homologué	Star 3 homologué	Celebrity X3 homologué	Legend 3 homologué	Revo 3 homologué	Solo 3 lid homologué	
Longueur(po.) hors tout	48.2**	49.2**	47.25**	46.1**	45**	43**	45.5**	
Largeur (po.) hors tout	25**	24**	26.5**	23.8**	23.75**	21**	24**	
Rayon de braquage (po.)	45.3**	41.5**	46.3**	42.9**	42.9**	40.2**	41.3**	
Dégagement au sol (po.)	3½**	3½**	4¼**	3½**	3½**	3½**	4**	
Hauteur sol/siège	22¾-26¾	22¾-26¾	24½-26½	23½-25½	22-25	23-25	21-24	
Hauteur siège/plancher (po.)	17-21	17-21	19-21	16½-18¾	17-20	16½-18½	17-20	
Siège standard (largeur x prof.)	18 x 17½ dossier 16"	18 x 17½ dossier 16"	20 x 18 dossier 18"	18 x 18 dossier 18"	18 x 18 dossier 20"	18 x 16 dossier 14"	18 x 17 dossier 18"	
Appui-bras / réglages	larg. & haut.	larg. & haut.	larg. & haut.	angle	angle	larg. & angle	larg. & angle	
Pente / inclinaison*	8°	8°	10°	8°	8°	8°	10°	
Suspension	avant/arrière	avant/arrière	siège	arrière	arrière	non	avant/siège	
Capacité charge max. (lbs)	275	350	300	350	350	300	360*	
Accumulateurs	U1 / 40 / 22	U1 / 40 / 22	U1 / 40	U1 / 40	U1	U1	U1 / 40	
Roues avant & arrière (po.)	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	8 & 9	9 & 10	
Type de guidon	Delta	Delta	Delta	Delta	T ou Delta	T	Delta	
Conduite (doigt ou pouce)	doigts	doigts	doigts	doigts	selon option	pouces	doigts ou po.	

Triporteurs	Pride	Pride	Optiway	Optiway
	Legend 3 ancien modèle	Rally 3 ancien modèle	1700-3 ancien modèle	2000-3 ancien modèle
Longueur(po.) hors tout	45.5	41	44	47
Largeur (po.) hors tout	24	21	24	24
Rayon de braquage (po.)	41	n/e	49	50
Dégagement au sol (po.)	n/e	n/e	n/e	n/e
Hauteur sol/siège	22-24	21-23	23-26	n/e
Hauteur siège/plancher (po.)	n/e	n/e	n/e	n/e
Siège standard (largeur x prof.)	n/e	n/e	n/e	n/e
Appui-bras / réglages	n/e	n/e	n/e	n/e
Pente / inclinaison*	n/e	n/e	n/e	n/e
Suspension	arrière	non	avant	oui
Capacité charge max. (lbs)	350	300	350	350 opt 400
Accumulateurs	U1	U1	U1	22
Roues avant & arrière (po.)	10 & 10	8 & 9	10 & 10	10 & 10
Type de guidon	T ou Delta	T	T	T
Conduite (doigt ou pouce)	selon option	pouces	doigts	doigts

* Option 450 lbs disponible
**Dimensions mesurées par une firme d'ingénieurs-conseils, responsable de l'expertise technique.

Toutes ces mesures sont données à titre indicatif
Peut différer de la fiche commerciale du fournisseur



Institut de réadaptation en déficience physique de Québec



Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Quadriporteurs	Handicare		Orthofab		Pride		Pride		Pride		Pride		Ranger	
	Fortress TAA homologué	Star 4 homologué	Revo 4 homologué	Celebrity X4 homologué	Celebrity XL homologué	Legend 4 homologué	Solo IV homologué	Fortress TAA homologué	Star 4 homologué	Revo 4 homologué	Celebrity X4 homologué	Celebrity XL homologué	Legend 4 homologué	Solo IV homologué
Longueur (po.) hors tout	49.6**	48.75**	45**	46.5**	51.6**	49.25**	48.5**	25.2**	21.25**	24**	25**	24**	25**	41.3**
Largeur (po.) hors tout	25.2**	26.5**	21.25**	24**	25**	25**	24**	56.5**	51.2**	56.7**	66.9**	66.9**	51.2**	41.3**
Rayon de braquage (po.)	31/2**	4**	2**	3**	4**	4**	3**	22 1/2-26 1/2	22 1/2-24 1/2	22 1/2-24 1/2	23 1/2-26 1/2	22-25	22-25	3 1/2**
Déplacement au sol (po.)	17-21	19-21	16 1/2-18 1/2	16 1/2-18 1/2	16 1/2-18 1/2	16 1/2-18 1/2	16 1/2-18 1/2	20 x 18	18 x 18	18 x 18	18 x 18	16 1/2-19 1/2	16 1/2-18 1/2	17-20
Hauteur sol/siège	22 1/2-26 1/2	24 1/2-26 1/2	22 1/2-24 1/2	23 1/2-25 1/2	23 1/2-25 1/2	23 1/2-25 1/2	23 1/2-25 1/2	dossier 14"	dossier 14"	dossier 14"	dossier 18"	dossier 18"	dossier 20"	18 x 17
Siège standard (largeur x prof.)	18 x 17 1/2	20 x 18	18 x 16	18 x 18	18 x 18	18 x 18	18 x 18	larg. & haut.	larg. & haut.	larg. & haut.	larg. & haut.	larg. & haut.	larg. & haut.	18 x 17
Appui-bras / réglages	dossier 16"	dossier 20"	dossier 14"	dossier 18"	dossier 18"	dossier 18"	dossier 18"	8"	8"	8"	8"	8"	8"	dossier 18"
Pente / inclinaison*	8°	10°	8°	9°	9°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	8°	10°
Suspension	avant/arrière	siège	non	avant/arrière	avant/arrière	avant/arrière	avant/arrière	non	non	non	avant/arrière	avant/arrière	avant/arrière	avant/siège
Capacité charge max (lbs)	275	300	300	350	400	350	350	300	300	300	400	400	350	360*
Accumulateurs	U1 / 40 / 22	U1 / 40	U1	U1 / 40	U1 / 40	U1 / 40	U1	U1	U1	U1	U1 / 40	U1	U1	U1
Roues avant & arrière (po.)	10 & 10	10 & 10	8 & 9	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	8 & 9	8 & 9	8 & 9	13 & 13	13 & 13	10 & 10	9 & 10
Type de guidon	Delta	Delta	T	Delta	Delta	Delta	Delta	T	T	T	Delta	T ou Delta	T ou Delta	Delta
Conduite (doigt ou pouce)	doigts	doigts	pouces	doigts	doigts	doigts	doigts	pouces	pouces	pouces	doigts	doigts	doigts	doigts ou po.

Quadriporteurs	Pride		Pride		Pride		Optiway		Shoprider		Shoprider		Shoprider	
	Rally 4 ancien modèle	Legend 4 ancien modèle	Legend XL ancien modèle	Maxima 4 ancien modèle	1700-4 ancien modèle	2000-4 ancien modèle	888-4 ancien modèle	889-SEL ancien modèle	888-4 ancien modèle	888-SEL ancien modèle	889-SEL ancien modèle	888-4 ancien modèle	888-SEL ancien modèle	889-SEL ancien modèle
Longueur (po.) hors tout	44	47	52	47 1/2	47	49.5	49	48	49	48	49	49	48	49
Largeur (po.) hors tout	21	24	24	26	24	24	21	25	21	22 1/2	21	21	22 1/2	25
Rayon de braquage (po.)	n/e	n/e	n/e	n/e	55	55	50	50	50	50	50	50	50	50
Déplacement au sol (po.)	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e
Hauteur sol/siège	21-23	22-24	25 1/2-27 1/2	22-24	23-26	23-28	n/e	22 1/2-26 1/2	n/e	22 1/2-26 1/2	22 1/2-26 1/2	n/e	22 1/2-26 1/2	22 1/2-26 1/2
Hauteur siège/plancher	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e
Siège standard (largeur x prof.)	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e
Appui-bras / réglages	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e	n/e
Pente / inclinaison*	non	arrière	oui	arrière	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui	n/e
Suspension	non	arrière	oui	arrière	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	oui	n/e
Capacité charge max (lbs)	300	350	400	450	350	350 opt 400	300	300	300	300	300	300	300	350
Accumulateurs	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1	U1
Roues avant & arrière (po.)	8 & 9	10 & 10	13 & 13	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	10 & 10	13 & 13
Type de guidon	T	Delta	T ou Delta	T	T	T	T	T	T	T	T	T	Delta	Delta
Conduite (doigt ou pouce)	pouces	doigts	doigts	pouces	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts	doigts

* Option 450 lbs disponible
 **Dimensions mesurées par une firme d'ingénieurs-conseils, responsable de l'expertise technique.
 Toutes ces mesures sont données à titre indicatif
 Peut différer de la fiche commerciale ou l'ouvreur

www.msss.gouv.qc.ca

Santé
et Services sociaux
Québec



11-824-02W