

# Rapport de test

## Déambulateur à une main Wheeleo®

(Nomenclature : « Canne de marche sur roues »)

**Coordonnée du patient :**

**Date de naissance :**

**Numéro national :**

**Évaluateur :**

**Profil évaluateur :**

**Lieu du test :**

**Date(s) du test :**

**Nombre de séance de test :**

**Condition du test :**

Chambre

Salle de bain

Cuisine

Autre :

Salon

Terrasse

Salle à manger

Centre commercial

Restaurant

Couloir (Centre,

Maison de repos, ...)

**Résultat du test :**

**Les effets positifs observés :**

Amélioration de la vitesse de marche spontanée

Amélioration de la symétrie (longueur de pas, temps d'appui, mise en charge)

Augmentation de la cadence

Amélioration de la statique

Diminution de la fatigue

Amélioration de la coordination

[Entête du centre de rééducation]

- Amélioration de la stabilité
- Amélioration de l'autonomie
- Diminution de la douleur
- Diminution des boiteries
- Augmentation des capacités fonctionnelles
- Augmentation de la participation aux activités
- Autres : .....

**Echelles d'évaluation réalisées (intégré des tests Obasi ?):**

Timed Up and Go test :        secondes

Test de marche de 6 minutes :        m (        km/h)

Test de marche de 10 mètres :        secondes =        km/h ((10/temps) \*3,6)

Test de marche en 8 :

**Remarques, point d'attention, commentaires :**

**Conclusion** (phrase préremplie à supprimer ou modifier) :

Je confirme que, à la suite des différents tests réalisés, Madame/Monsieur [Nom Prénom] est capable d'utiliser le Wheeleo® correctement et lui apporte un bénéfice.

Il est important que mon patient soit équipé d'un Wheeleo® pour la sortie du CHNWL afin de permettre la suite de la rééducation dans la continuité de notre travail.

Je soutien la demande de remboursement.

[Nom Prénom]

[Date]

[Signature]