

# Autorisation de prise d'image

Bâtiment H4  
461 rue ST Léonard - 49000 Angers, France  
Tél. : 02-41-69-38-01  
Télé. : 02-41-69-43-32  
Courriel : [contact@physipro.fr](mailto:contact@physipro.fr)  
Site Web: [www.physipro.com](http://www.physipro.com)

Je soussigné (e).....  
demeurant à.....  
autorise la société PHYSIPRO Inc. à photographier (Nom, prénom)  
.....

Visage découvert   
Visage caché

Le (date)....., à l'occasion d'un bilan fonctionnel et morphologique.

- L'autorisation est applicable dans un cadre purement professionnel. (archive des dossiers PHYSIPRO).
- L'autorisation est applicable dans le cadre de bilans délivrés aux équipes thérapeutiques ainsi qu'aux distributeurs.
- L'autorisation est applicable dans le cadre d'exemple pour des formations organisées par la société PHYSIPRO INC.

La société PHYSIPRO INC. s'engage à ne pas diffuser ces images dans un contexte susceptible de porter atteinte à l'honneur de la personne.

La diffusion des images pour une destination différente de celle prévue dans le cadre du présent acte, devra faire l'objet d'une demande d'autorisation.

Fait à ..... le.....

Signature:



**Date :** .....  
**Distributeur :** ..... **Contact :** .....  
**Bénéficiaire :** ..... **Prénom :** .....  
**Centre :** ..... **Thérapeute :** .....  
**Modèle fauteuil :** ..... **Fabricant :** .....

## Indice d'Equilibre Postural Assis (EPA)

0. Aucun équilibre en position assise (effondrement du tronc). Nécessité d'un appui postérieur, d'un soutien latéral.
1. Position assise possible avec appui postérieur.
2. Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, mais déséquilibre lors d'une poussée quelle qu'en soit la direction.
3. Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur et lors d'une poussée déséquilibrante quelle qu'en soit la direction.
4. Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, lors d'une poussée déséquilibrante et lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs. Le malade remplit les conditions pour le passage de la position assise à la position debout seul.

## Bilan (minimal) :

Réalisé par : ..... Date : ..... Indice EPA : \_\_\_\_\_

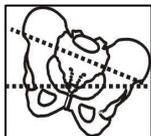
*\* Les lettres « F » et « R » correspondent à « Fixe » et « Réductible »*

**Effectué dans l'installation :**  Actuelle  Sur une chaise droite (si première attribution)

### Région du Bassin :

**Obliquité (Coté abaissé)**

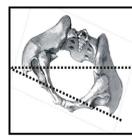
Neutre  
 Droite  Gauche



R\*  
 F\*

**Rotation (Tourne vers)**

Neutre  
 Droite  Gauche



R\*  
 F\*

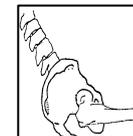
**Bascule**

Neutre  
 Antérieure



R\*  
 F\*

Postérieure



R\*  
 F\*

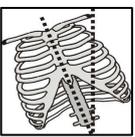
### Membres Inférieurs :

Abduction  Adduction  Neutre (Sinon remplir les items suivants)  Coup de Vent  Droite  Gauche

### Région du tronc :

**Inclinaison**

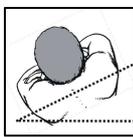
Neutre  
 Droite  Gauche



R\*  
 F\*

**Rotation (Tourne vers)**

Neutre  
 Droite  Gauche



R\*  
 F\*

**Scoliose**

Type : .....



R\*  
 F\*

**Cyphose**

Normale  
 Effacée  Hyper



R\*  
 F\*

**Lordose**

Normale  
 Effacée  Hyper



R\*  
 F\*

**Gibbosité**

Localisation : .....

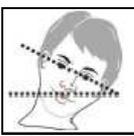
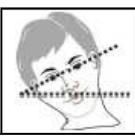


R\*  
 F\*

### Région de la tête :

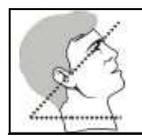
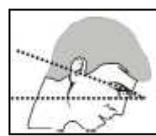
Neutre (Sinon remplir les items suivants)

**Inclinaison**  Neutre  
 Droite  Gauche



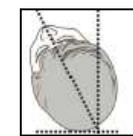
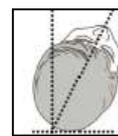
**Inclinaison antéropostérieure**  Neutre

Antérieure  Postérieure



**Rotation**  Neutre

Droite  Gauche

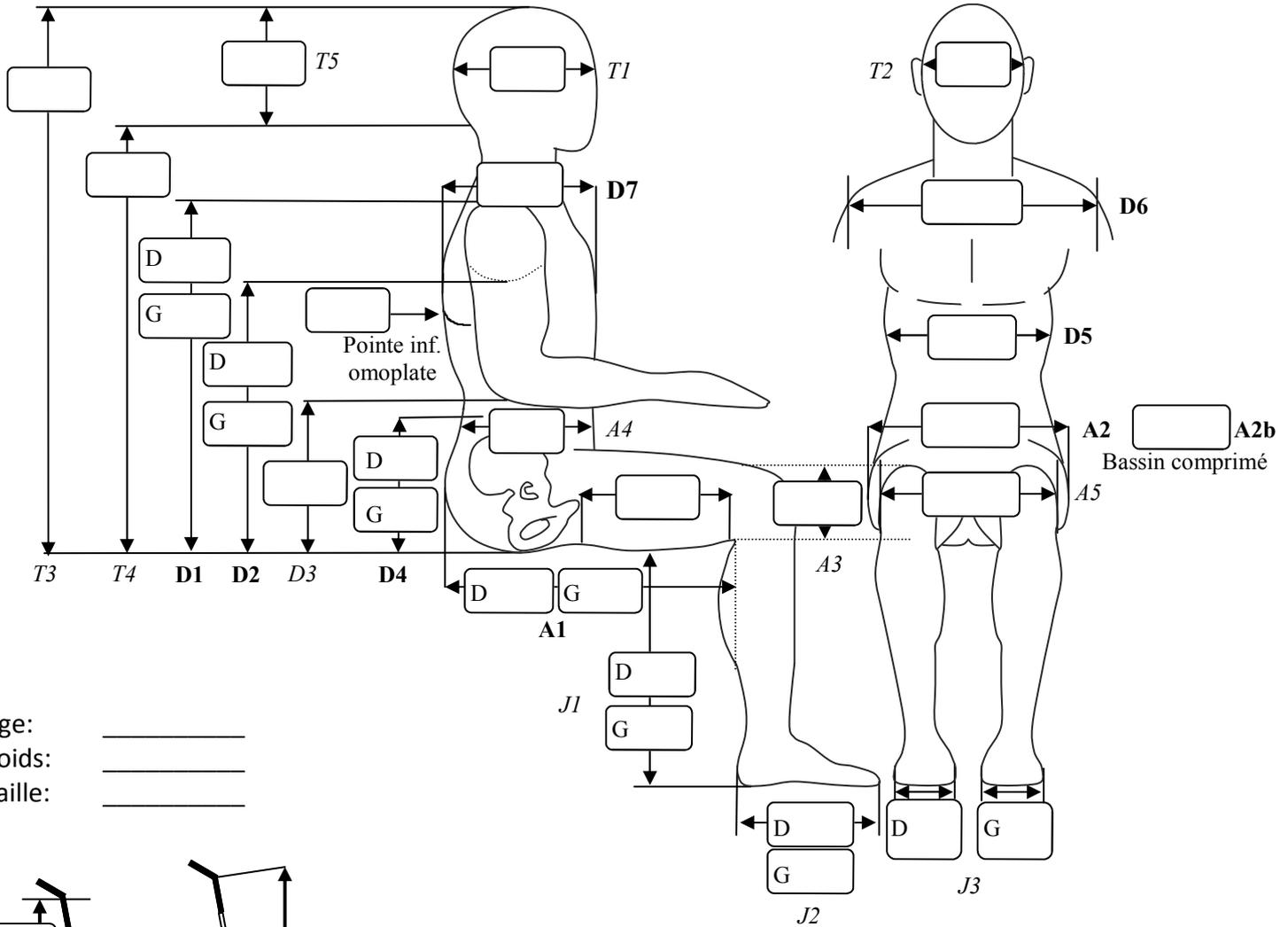


## Informations complémentaires

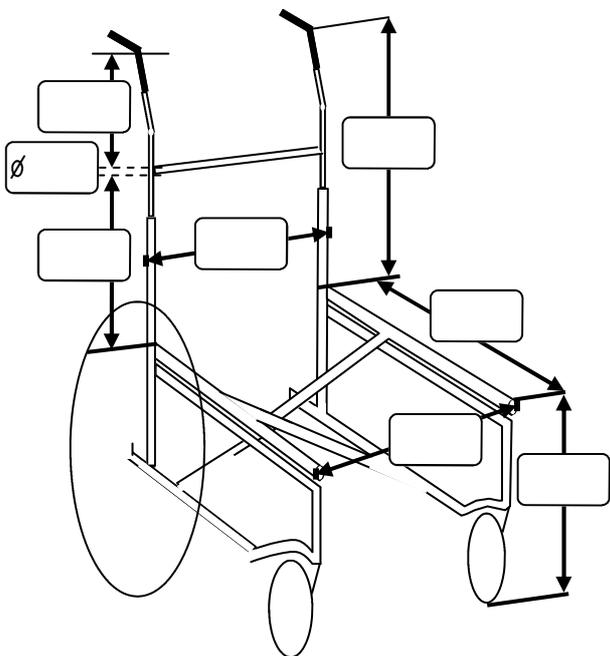
(Limitations articulaires, Rétractions, autre)

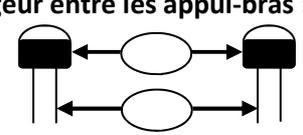
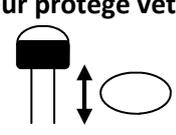
.....  
 .....  
 .....

Date : .....	Contact : .....
Distributeur : .....	Prénom : .....
Bénéficiaire : .....	Thérapeute : .....
Centre : .....	



Age: \_\_\_\_\_  
 Poids: \_\_\_\_\_  
 Taille: \_\_\_\_\_



<b>Assise</b> : Largeur extérieure (cm) .....	Profondeur (cm) .....
<b>Dossier</b> : Largeur extérieure (cm) .....	Hauteur (cm) .....
<b>Angle Assise</b> : .....°	<b>Angle Dossier</b> : .....°
<b>Largeur entre les appui-bras</b> :	<b>Hauteur protège vêtement</b> :
	
<b>Diamètre des tubes</b> : Dossier Haut (cm) .....	Dossier Bas (cm) .....
Siège (cm) .....	
<b>Configuration tubes</b> : <input type="checkbox"/> rond <input type="checkbox"/> ovale <input type="checkbox"/> carré <input type="checkbox"/> Autre .....	

Mesures anthropométriques à nous retourner par fax au **02 41 69 43 32**