

Je, _____, _____, membre de :

(Prénom et nom du professionnel) (numéro de permis d'exercice)

- l'Ordre professionnel des chiropraticiens du Québec;
- l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec;
- l'Ordre professionnel des médecins du Québec;

prescrit à _____,

(Prénom et nom du patient) (date de naissance)

- l'utilisation d'une aide à la mobilité motorisée dont la largeur excède 75 cm.
- l'utilisation d'un fauteuil roulant mû électriquement se conduisant en position debout.

Cette ordonnance est valide jusqu'au _____.

(En l'absence d'une date de fin, l'ordonnance est valide pour une période de deux ans)

À _____, ce _____ jour de _____ 20____,

(Ville)

(Signature du professionnel de la santé)

(Nom de l'établissement ou du milieu clinique)

(Numéro de téléphone)

(Adresse de correspondance)

¹ À l'exception de la signature du professionnel, cette ordonnance doit être complétée en lettres imprimées ou moulées.