



Parrainage par les pairs  
Peer Visitor Program

## Planification de la visite de parrainage

Les informations suivantes sont confidentielles et ne doivent pas être communiquées en aucun cas. Ces informations sont utilisées uniquement par le parrain pour aider à planifier la visite demandée.

Nom du parrain : \_\_\_\_\_

Date de la visite : \_\_\_\_\_

### Informations : personne visitée et lieu de la visite

Nom :

Adresse :  
(lieu de la visite)

Téléphone :  
(lieu de la visite)

Autres  
informations  
pertinentes

Âge : \_\_\_\_\_ H  F

Date de l'amputation :

### Type d'amputation

#### Membre inférieur

#### Membre supérieur

Droit  
 Gauche  
 Bilatéral  
 N/A

Pied  
 Sous le genou  
 Au genou  
 Au-dessus du genou  
 Désarticulation  
hanche

Droit  
 Gauche  
 Bilatéral  
 N/A

Main  
 Sous le coude  
 Au coude  
 Au-dessus du coude  
 Épaule

Cause de  
l'amputation

Diabète  
 Cancer  
 Vasculaire  
 Traumatisme accident de moto  
 Congénital  
 Autre

Référé par