

INSTRUCTIONS

Please complete this report by listing the October 2001 **retail price** (or January 2002 retail price if October 2001 is not available) for the products and/or services listed. The price to be reported of these goods and services is the **retail price** including provincial and federal taxes (if applicable), and before any subsidization from provincial and federal governments and private insurance plans.

If you require assistance or if you have questions about the survey, please contact :

François Bordé
Telephone #: (613) 951-3370 (collect calls accepted)
Fax #: (613) 951-2848
e-mail: francois.borde@statcan.ca

Michel Piché
Telephone #: (613) 951-4776 (collect calls accepted)
Fax #: (613) 951-2848
e-mail: michel.piche@statcan.ca

The questionnaire **will be picked up by the interviewer** approximately 30 days after your receipt.

INSTRUCTIONS

Veuillez remplir ce rapport en inscrivant **le prix de détail** d'octobre 2001 (ou celui de janvier 2002 si octobre 2001 n'est pas disponible) des produits et services énumérés. Les prix de ces biens et services sont **les prix de détails** incluant les taxes provinciales et fédérales (si applicables), et ne comprennent pas l'octroi de subventions de la part des gouvernements provinciaux, fédéral ou des régimes d'assurance privé.

Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions au sujet de cette enquête, n'hésitez pas à communiquer avec :

François Bordé
N° de téléphone : (613) 951-3370 (appels à frais viré acceptés)
N° de télécopieur : (613) 951-2848
Adresse électronique : francois.borde@statcan.ca

Michel Piché
N° de téléphone: (613) 951-4776 (appels à frais virés acceptés)
N° de télécopieur : (613) 951-2848
Adresse électronique : michel.piche@statcan.ca

Le questionnaire **sera ramassé par l'intervieweur** environ 30 jours après que vous l'aurez reçu.

**Please complete this questionnaire within 30 days of receipt and keep a copy for your records.
Veuillez compléter ce questionnaire dans les 30 jours suivant sa réception et conserver une copie pour vos dossiers.**

Name of person completing this questionnaire: (please print)
Nom de la personne qui a rempli ce questionnaire : (en lettres moulées)

First Name - Prénom Last name - Nom de famille

Title - Titre

Date completed
Date remplie

--	--	--	--	--

D D M M Y Y Y Y
J J A A A A A A

Telephone #
N° de téléphone

--	--	--	--

Ext.
Poste

--

Fax #
N° de télécopieur

--	--	--

E-mail
Adresse électronique

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

1. PHYSIOTHERAPY

1. *PHYSIOTHÉRAPIE*

Price billed to client, including taxes

OCTOBER 2001

Prix facturé au client, incluant les taxes

OCTOBRE 2001

\$

Please provide the information below.

SVP fournir l'information plus bas.

Assessment fees <i>Frais d'évaluation</i>	
Fees for one therapy session <i>Frais pour une séance de thérapie</i>	

If you have different fees for other kinds of therapeutic treatments, please provide all the **different** cost structure and the name of the treatment

*Si vous avez des frais de séance différents pour d'autres genres de traitement thérapeutique, SVP fournir toutes les structures de coût **différentes** et le nom du traitement.*

Fees for other therapeutic treatment (one session) <i>Frais pour autres traitements thérapeutiques (une séance)</i>	
--	--

2. PSYCHOTHERAPY

2. *PSYCHOTHÉRAPIE*

Price billed to client, including taxes

OCTOBER 2001

Prix facturé au client, incluant les taxes

OCTOBRE 2001

\$

Please provide the information below.

SVP fournir l'information plus bas.

Assessment fees (if applicable) <i>Frais d'évaluation (si applicable)</i>	
Fees for one therapy session, 1/2 hour <i>Frais pour une séance de thérapie, 1/2 heure</i>	
Fees for one therapy session, 1 hour <i>Frais pour une séance de thérapie, 1 heure</i>	

If you have different fees for other kind of psychotherapeutic treatments, please provide all the **different** cost structure and the name of the treatment.

*Si vous avez des frais de séance différents pour d'autre genre de traitement psychothérapeutique, SVP fournir toutes les structures de coût **différentes** et le nom du traitement.*

Fees for other psychotherapeutic treatment (one session), and/or psychological testing (there may be more than one test, please specify all the tests and their cost) <i>Frais pour autres traitements psychothérapeutiques (une séance) et/ou test psychologique (il se peut qu'il y ait plus d'un test. SVP spécifier tous les tests et leur coût)</i>	
---	--

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

NURSING SERVICES - SERVICES INFIRMIERS

INSTRUCTIONS

- Please enter the number of hours worked in the column “Period of time available” and then provide the corresponding cost in the column “Total cost billed to the client, including taxes”.
- The price reported is the **retail price** (the price paid by consumers) for **October 2001** or **January 2002** if the October pricing is not available, including provincial and federal taxes (if applicable), and **before any subsidization from provincial and federal government and private insurance plans**.
- If you have more than one cost structure, make sure to enter them all (see example).
- *Veillez SVP donner le nombre d'heures travaillées dans la colonne « Période de temps disponible » et ensuite fournir le coût correspondant dans la colonne « Coût total facturé au client ».*
- *Les prix recueillis sont les **prix de détails** (le prix payé par les consommateurs) pour **octobre 2001** ou **janvier 2002** si les prix pour **octobre** ne sont pas disponibles, incluant les taxes provinciale et fédérale (si applicables), et **ne comprennent pas l'octroi de subventions de la part des gouvernements provinciaux et fédéral ou des régimes d'assurance privé**.*
- *Si vous avez plus d'une structure de coût, veuillez vous assurer de toutes les indiquer (voir l'exemple).*

EXAMPLE – EXEMPLE

If your company offers three rates: Hourly, half-day and weekly rates, you have to enter the number of hours associated with each rate.

Si votre compagnie offre trois taux : taux horaire, demi-journée et taux hebdomadaire, vous devez fournir le nombre d'heures correspondant à chaque taux.

		Period of time available (Hours)	Total Cost billed to the client, including taxes
		<i>Période de temps disponible</i> (Heures)	<i>Coût total facturé au client, incluant les taxes</i> \$
Registered Nurses (RN), special fares (Example: dialysis, etc...)	1 hour - <i>1 heure</i>	<u>1</u>	48 \$
	Half-day - <i>Demi-journée</i>	<u>4</u>	165 \$
<i>Infirmière autorisée, taux spécial</i> (Exemple : dialyse, etc...)	Shift - <i>Quart de travail</i>	—	
	Week - <i>Semaine</i>	<u>56</u>	2000 \$
	Other - <i>Autres</i>	—	

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

3. NURSING SERVICES - SECTION TO BE FILLED BY RESPONDENT

3. SERVICES INFIRMIERS - SECTION À ÊTRE REMPLIE PAR LE RÉPONDANT

3.1 Nursing Care

3.1 Soins infirmiers

		Period of time available (Hours) <i>Période de temps disponible</i> (Heures)	Total Cost billed to the client, including taxes OCTOBER 2001 <i>Coût total facturé au client, incluant les taxes</i> OCTOBRE 2001 \$
Registered Nurses (RN), special fares (Example: dialysis, etc...) <i>Infirmière autorisée, taux spécial (Exemple : dialyse, etc...)</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Registered Nurses (RN), regular fares <i>Infirmière autorisée, taux régulier</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Registered Nurses Assistant (RPN, RNA) <i>Infirmière auxiliaire</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Orderly <i>Préposé</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Other professional fares, please specify. (Examples: speech therapy, occupational therapy, physiotherapy, social workers) <i>Autres tarifs professionnels, SVP spécifiez. (Exemples : orthophonie, praxithérapie, physiothérapie, travailleurs sociaux)</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

3. NURSING SERVICES - SECTION TO BE FILLED BY RESPONDENT

3. SERVICES INFIRMIERS - SECTION À ÊTRE REMPLIE PAR LE RÉPONDANT

3.2 Other Personal care

3.2 Autres soins infirmiers

		Period of time available (Hours) <i>Période de temps disponible</i> (Heures)	Total Cost billed to the client, including taxes OCTOBER 2001 <i>Coût total facturé au client, incluant les taxes</i> OCTOBRE 2001 \$
Other nursing care cost Please specify. (Example: travel expense) <i>Autres frais de soins infirmiers SVP Précisez. (Exemple : frais de déplacement)</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Personal support workers (Example: bath, light cares, etc...) <i>Soutien à domicile (Exemples : bain, soins légers, etc...)</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Home support workers (Example : cooking, meal assistance, housekeeping, etc...) <i>Travailleurs à domicile (Exemples : Préparation de repas, assistance aux repas, service de nettoyage, etc...)</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Companions <i>Personne de compagnie</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
Other personal care services Please specify. <i>Autres services de soin personnel SVP précisez.</i>	1 hour - <i>1 heure</i> Half-day - <i>Demi-journée</i> Shift - <i>Quart de travail</i> Week - <i>Semaine</i> Other - <i>Autres</i>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

4. Conventional Orthoses - Custom Fabricated

4. *Orthèses conventionnelles - Faites sur mesure-*

Price billed to client,
including taxes

OCTOBER 2001

Brand and Model Name

Nom de la marque et du modèle

Prix facturé au client,
incluant les taxes

OCTOBRE 2001

\$

CRANIAL

CRÂNIENNES

Basic helmet

Casque de base

Custom-molded helmet, head only with chin strap, moisture-proof lining from client mold <i>Casque moulé sur mesure, tête uniquement avec mentonnière, garniture imperméable d'après le moule du client</i>	
---	--

SPINAL

SPINALES

Cervical Orthosis

Orthèses cervicales

Flexible plastazote collar, molded to client <i>Collet souple en plastazote, moulé sur mesure</i>	
Thermoplastic collar, with thoracic extension, molded to client <i>Collet thermoplastique, avec extension thoracique, moulé sur mesure</i>	

Basic Cervical-Thoraco-Lumbo-Sacral Orthosis (TLSO)

Orthèses cervico-thoraco-lumbo-sacrée de base (OTLS)

Custom-made Milwaukee type, pelvic girdle only <i>Type Milwaukee faite sur mesure, ceinture pelvienne uniquement</i>	
---	--

TLSO Anterior-Posterior, lateral Control

OTLS antéro-postérieures, contrôle latéral

Posterior shell, low-temperature thermoplastic, with apron or corset front, molded to client <i>Coquille postérieure en matériau thermoplastique basse température, avec tablier ou devant de corset, moulée sur mesure</i>	
--	--

TLSO Anterior-Posterior, Lateral, Rotary Control

OTLS antéro-postérieures, contrôle latéral et de rotation

Scoliosis body jacket, low-profile, with Milwaukee type super-structure, custom-made <i>Corset de plâtre pour scoliose, de forme basse, avec superstructure de type Milwaukee, fait sur mesure</i>	
---	--

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

4. Conventional Orthoses - Custom Fabricated

4. Orthèses conventionnelles - Faites sur mesure

Price billed to client,
including taxes

OCTOBER 2001

Brand and Model Name

Nom de la marque et du modèle

Prix facturé au client,
incluant les taxes

OCTOBRE 2001

\$

LOWER EXTREMITY

MEMBRE INFÉRIEUR

Basic Conventional Type Ankle-Foot Orthoses (AFO's)

Orthèses cheville-pied (OCP) de base classiques

AFO with spring wire, dorsiflexion assist and calf band, custom-made <i>OCP avec fil à ressort, aide à la dorsiflexion et sangle de mollet, faite sur mesure</i>	
---	--

Basic Plastic Type AFO

OCP de base en plastique

High temperature thermoplastic, patella-tendon bearing orthosis, custom-made <i>Orthèse PTB (patellar tendon-bearing) en matériau thermoplastique haute température, faite sur mesure</i>	
--	--

Basic Knee Orthoses (KO's)

Orthèses de genou (OG) de base

Double upright articulating knee orthosis, with leather thigh and calf lacers, molded to client model <i>Orthèse de genou articulée à deux tuteurs, avec lacets de cuisse et de mollet en cuir, moulée sur mesure.</i>	
---	--

Basic Knee-Ankle-Foot Orthoses (KAFO's)

Orthèses genou-cheville-pied (DGCP) de base

KAFO, tubular, molded to client model, plastic above and below the knee. Plastic is circumferential enclosing $\frac{3}{4}$ of limb, with thigh and calf straps; must include posterior and anterior portion <i>OGCP, tubulaire, moulée sur mesure, en plastique, au-dessus ou au-dessous du genou. Partie en plastique circonférentielle entourant les trois quarts du membre, avec sangles à la cuisse et au genou. Doit inclure des parties postérieure et antérieure</i>	
---	--

Paediatric Hip Orthoses

Orthèses pédiatriques de la hanche

Bilateral torsion control, with hip joint, pelvic band/belt, knee and ankle joints, custom-made <i>Contrôle bilatéral de la torsion, avec articulation de la hanche, sangle/ceinture pelvienne, articulations du genou et de la cheville, faite sur mesure</i>	
---	--

Legg-Perthes Orthoses

Orthèses Legg-Perthes

Legg-Perthes orthosis, Newington design, custom-made <i>Orthèse Legg-Perthes, modèle de Newington, faite sur mesure</i>	
--	--

Adult Hip Orthoses

Orthèses de la hanche pour adulte

Adult hip orthosis, articulating, custom-made <i>Orthèse de la hanche pour adulte, articulée, faite sur mesure</i>	
---	--

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

4. Conventional Orthoses - Custom Fabricated

4. Orthèses conventionnelles - Faites sur mesure

Price billed to client,
including taxes

OCTOBER 2001

Brand and Model Name

Nom de la marque et du modèle

Prix facturé au client,
incluant les taxes

OCTOBRE 2001

\$

Thoracic-Hip-Knee-Ankle-Foot Orthoses

Orthèses thorax-hanche-genou-cheville

Rochester Parapodium <i>Parapodium de Rochester</i>	
--	--

UPPER EXTREMITY

MEMBRE SUPÉRIEUR

Hand-Finger Orthoses

Orthèses main-doigts

Dynamic M.C.P. orthosis, molded to client <i>Orthèse MCP dynamique, moulée sur mesure</i>	
--	--

Basic Wrist-Hand-Finger Orthoses

Orthèse poignet-main-doigts de base

Cable-driven prehension orthosis, molded to client <i>Orthèses de préhension commandée par câble, moulée sur mesure</i>	
--	--

Basic Wrist-Hand Orthoses

Orthèse poignet-main de base

Wrist-hand orthosis, molded to client <i>Orthèse poignet-main, moulée sur mesure</i>	
Dynamic wrist-hand orthosis, molded to client <i>Orthèse poignet-main dynamique, moulée sur mesure</i>	

Elbow-Wrist-Hand-Finger Orthoses

Orthèses coude-poignet-main-doigts

Elbow-wrist-hand-finger orthosis, molded to client <i>Orthèse coude-poignet-main-doigts, moulée sur mesure</i>	
---	--

Elbow Orthoses

Orthèses de coude

Elbow support, thermoplastic, molded to client <i>Soutien de coude, thermoplastique, moulé sur mesure</i>	
Elbow brace with adjustable position lock and active control, molded to client <i>Bracelet orthopédique avec dispositif de blocage de position ajustable et contrôle actif, moulé sur mesure</i>	

Shoulder-Elbow-Wrist-Hand-Finger Orthoses

Orthèses épaule-coude-poignet-main-doigts

Brachial plexus orthosis, molded to client <i>Orthèse du plexus brachial, moulée sur mesure</i>	
Electrically powered prehension orthosis, custom-made <i>Orthèse de préhension électrique, faite sur mesure</i>	

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

5. MYOELECTRIC LIMBS

Description en français: aller à la page 15

TRANS-TIBIAL (STD.) LOW

Qty.	Description
1	Trans-tibial molded socket
1	Trans-tibial discardable test socket
1	Molded supracondylar suspension
1	Pelite Insert with buildups for supracondylar suspension
1	Laminated Exo shank
1	Seattle Ankle Block
1	Seattle Child's Play Foot

October 2001 price for trans-tibial (std.) low:

\$ _____

TRANS TIBIAL (STD) HIGH

Qty.	Description
1	Trans-tibial molded socket
1	Trans-tibial discardable test socket
1	Endo shank, foot and ankle
	2R50 Tube-adaptor, short aluminum
	CP Foot College Park Truper
	4R69 Tube Clamp Adaptor aluminum
	4R74 Socket Adaptor with pyramid
	5R1 Socket Attachment Block
1	OB US Spray Ultra Skin Spray
1	SL1 Shuttle Lock
1	Endo Shank cover
2	Silicone Icecross liner

October 2001 price for trans-tibial (std.) high:

\$ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

5. MYOELECTRIC LIMBS

Description en français: aller à la page 16

DEFINITIVE TRANS-RADIAL WITH ADULT SUVA HAND EXTERNAL LITHIUM BATTERIES

Qty.	Description
1	Molded Socket
1	Test Socket
1	Elbow Obturator (3/4 Socket)
1	Supracondylar Socket
1	Two-Piece Forearm to Socket
1	Lightweight Carbon Acrylic
1	8S11 Protective Glove
1	OB Lamination Collar 10S1
1	OB 8E38=5-8 1/4 Quick Disconnect Electric Hand
1	OB 10S1=54 Lamination Ring OB Coupling piece 10S4
1	OB Coaxial plug 9E169
2	OB Electrode Cable 13E129
2	OB 13E125 Myobock Electrode 6V Analog
1	757Z184=1 Battery Mounting Set
1	OB Battery Charger 757L11
1	13E51=1 Battery Connection Cable
2	757L20 Otto Bock Lithium Ion Battery

October 2001 price for definitive trans-radial with adult sulva hand & external lithium batteries:

\$ _____

TRANS-RADIAL CHILD PROSTHESIS WITH OB 2000 HAND, CUSTOM OMNI AND INTERNAL BATTERIES

Qty.	Description
1	Molded Socket
1	Test socket
1	Elbow Obturator (3/4 socket)
1	Supracondylar Socket
1	Two-piece forearm to socket
1	Lightweight carbon-acrylic
1	Custom made pull-in tube
1	8S20 Protective Glove
1	8E51=6 1/2 Children's Myoelectric hand
1	OB Lamination Collar 10S1
1	OM-05 VASI Omni Wrist for OB hand
2	13E125 Myobock Electrode
2	13E129=G1000 Electrode Cable
1	OB 9E125=200 Cable with Plug Connector
1	OB 9E126=200 Cable with Connector
1	9E370 Four in One Controller
1	VAS V812141 on/off switch connector
1	OB 13E51=4 Battery Connection Cable
1	VASI order # to be indented
1	99-10 50 WR for VAS Battery Charger
1	99-10-50WR
1	VAS SM2-SH Winchester Connector

October 2001 price for definitive trans-radial child prosthesis with OB 2000 hand, custom omni and internal batteries:

\$ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

5. MYOELECTRIC LIMBS

Description en français: aller à la page 17

TRANS FEMORAL (STD) HIGH

Qty.	Description
1	Trans-femoral molded socket
1	Suction suspension socket
1	Discardable trans-femoral test socket
1	Endo Thigh
	5R9 socket attachment block med
	4R6O Socket Adaptor-Children's
1	Century 22#2000 Total Knee
1	Endo shank, foot and ankle
	CP Foot College Park Truper
1	Endo shank and thigh cover
1	USMC GD Valve

October 2001 price for trans femoral (std) high:

\$ _____

TRANS FEMORAL (STD) LOW

Qty.	Description
1	Trans-femoral molded socket
1	Discardable trans-femoral test socket
1	Silesian suspension
1	Endo thigh
	5R9 Socket attachment Block Mod
	4R6O Socket Adaptor-Children's
1	3R38 Modular knee single axis
1	Endo shank, foot and ankle
	Seattle Child's play foot
	Seattle Ankle foot attachment pyramid
	2R41 Children's tube adaptor
1	Endo shank and thigh cover

October 2001 price for trans femoral (std.) low:

\$ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

5. Membres myo-électriques

TRANSTIBIAL (TYPE) BAS

Quantité	Description
1	Emboîture moulée transtibiale
1	Emboîture d'essai transtibiale jetable
1	Suspension supracondylienne moulée
1	Manchon de pelite avec renforts pour suspension supracondylienne
1	Bande de jambe ext. laminée
1	Bloc de cheville Seattle
1	Pied Seattle Child's Play

Prix d'octobre 2001 pour le transtibial bas:

\$ _____

TRANSTIBIAL (TYPE) HAUT

Quantité	Description
1	Emboîture moulée transtibiale
1	Emboîture d'essai transtibiale jetable
1	Bande de jambe int., pied et cheville
	Adaptateur pour tube 2R50, court aluminium
	Pied TruPer de College Park
	Adaptateur en pince pour tube 4R69, aluminium
	Adaptateur d'emboîtement avec pyramide 4R74
	Bloc d'attache d'emboîtement 5R1
1	Atomiseur pour la peau OB US Spray Ultra
1	Verrou de navette SL1
1	Recouvrement de bande de jambe int.
2	Doublure Icecross en silicone

Prix d'octobre 2001 pour le transtibial haut:

\$ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

5. Membres myo-électriques

TRANSRADIAL DÉFINITIF AVEC MAIN SUVA POUR ADULTE PILES EXTERNES AU LITHIUM

Quantité	Description
1	Emboîture moulée
1	Emboîture d'essai
1	Obturateur pour le coude (emboîture 3/4)
1	Emboîture supracondylienne
1	Avant à deux-pièces à emboîture
1	Acrylique de carbone léger
1	Gant protecteur 8S11
1	Collet laminé OB 10S1
1	Main électrique à déconnexion rapide OB 8E38=5-8 1/4
1	Anneau laminé OB 10S1=54
	Pièce de raccord OB 10S4
1	Connecteur coaxial OB 9E169
2	Câble à électrode OB 13E129
2	Électrode analogue Myobock de 6 V OB 13E125
1	Ensemble de montage de batterie 757Z184=1
1	Chargeur de batterie OB 757L11
1	Câble de connexion de batterie 13E51=1
2	Batterie ion-lithium Otto OB 757L20

Prix d'octobre 2001 pour le transradial définitif avec main suva, pour adulte, avec piles externes au lithium: \$ _____

PROTHÈSE TRANSRADIALE POUR ENFANT AVEC MAIN OB 2000 PILES INTERNES ET PERSONNALISÉES OMNI

Quantité	Description
1	Emboîture moulée
1	Emboîture d'essai
1	Obturateur pour le coude (emboîture 3/4)
1	Emboîture supracondylienne
1	Avant à deux-pièces à emboîture
1	Acrylique de carbone léger
1	Tube à enclenchement sur mesure
1	Gant protecteur 8S20
1	Main myo-électrique pour enfant 8E51=6 1/2
1	Collet laminé OB 10S1
1	Main OB pour poignet Omni de VASI OM-05
2	Électrode Myobock 13E125
2	Câble à électrode 13E129=G1000
1	Câble avec fiche de connexion OB 9E125=200
1	Câble avec connecteur OB 9E125=200
1	Connecteur quatre en un 9E370
1	Connecteur avec interrupteur VAS V812141
1	Câble de connexion de la batterie OB 13E51=4
1	Commande VASI no à commander
1	Chargeur de batterie VASI pour 99-10 50 WR
1	99-10-50WR
1	Connecteur Winchester VAS SM2-SH

Prix d'octobre 2001 pour la prothèse transradiale pour enfant avec main OB 2000, piles internes et personnalisées OMNI \$ _____

If this section is not applicable, please go to the next section. If **October 2001** pricing is not available, provide current pricing (**January 2002**) and indicate it.

Si cette section n'est pas applicable, SVP passez à la section suivante. Si le prix **d'octobre 2001** n'est pas disponible, fournir le prix courant (**janvier 2002**) et l'indiquer.

5. Membres myo-électriques

TRANSFÉMORAL (TYPE) HAUT

Quantité	Description
1	Emboîture moulée transfémorale
1	Emboîture avec suspension à succion
1	Emboîture d'essai transfémorale jetable
1	Cuisse int. Bloc d'attache à l'emboîture med. 5R9 Adapteur d'emboîture pour enfant 4R60
1	Genou entier 22#2000 de Century
1	Bande de jambe int., pied et cheville Pied TruPer de College Park
1	Recouvrement de cuisse et de bande de jambe int.
1	Valve USMC GD

Prix d'octobre 2001 pour le transfémoral haut: \$ _____

TRANSFÉMORAL (TYPE) BAS

Quantité	Description
1	Emboîture moulée transfémorale
1	Emboîture d'essai transfémorale jetable
1	Suspension silésienne
1	Cuisse int. Bloc d'attache à l'emboîture mod. 5R9 Adapteur d'emboîture pour enfant 4R60
1	Axe simple pour genous modulaire 3R38
1	Bande de jambe int., pied et cheville Pied Seattle Child's Play Pyramide d'attache du pied Seattle Ankle Adapteur pour tube pour enfant 2R41
1	Recouvrement de cuisse et de bande de jambe int.

Prix d'octobre 2001 pour le transfémoral bas: \$ _____