

PRESCRIPTION MEDICALE POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Adresse (domicile)	
Personne de contact du bénéficiaire : nom / téléphone / adresse mail	
Numéro d'identification au registre national	
Mutualité	
Assurance à l'étranger (1)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si le bénéficiaire réside en MRPA ou MRS

Nom de l'institution	
Adresse de l'institution	

(1) Si vous avez une assurance à l'étranger, vous devez d'abord introduire votre demande auprès de celle-ci (article 10 de l'arrêté du gouvernement de la Communauté germanophone du 20 juin 2017).



Vennbahnstraße 4/4
B-4780 St. Vith



www.selbstbestimmt.be



080 / 229 111



080 / 229 098



**Telefonische
Erreichbarkeit:**

Montag bis Freitag

08:30 – 12:00 Uhr

13:00 – 16:30 Uhr

**Möchten Sie dieses
Schreiben in Leichter
Sprache, Brailleschrift
oder Großschrift erhalten,
kontaktieren Sie bitte
Ihren Ansprechpartner**

1. PRESCRIPTION

A compléter par le médecin prescripteur

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare par la présente que le bénéficiaire présente des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques entraînant des limitations dans sa mobilité. Ceci entraîne des problèmes de participation à la vie communautaire. A cet effet, le bénéficiaire doit obtenir à titre **définitif** une aide à la mobilité appropriée.

Il s'agit	<input type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
	<input type="checkbox"/> d'une adaptation anticipée	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement anticipé
	<input type="checkbox"/> d'une voiturette déjà délivrée	
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée	<input type="checkbox"/> une partie importante de la journée
	<input type="checkbox"/> en permanence	
<p><i>Demande d'un(e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cadre de marche : <input type="checkbox"/> 4 appui fixe, <input type="checkbox"/> 2 roues, (<input type="checkbox"/> avec ou <input type="checkbox"/> sans siège)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 roues <input type="checkbox"/> 4 roues <input type="checkbox"/> avec soutien de la position debout</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle standard</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle modulaire</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle active</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle de maintien et de soins</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette électronique</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle de promenade pour enfant</p>		
<p><input type="checkbox"/> Châssis pour siège-coquille</p> <p><input type="checkbox"/> Coussin anti-escarre</p> <p><input type="checkbox"/> tricycle orthopédique</p> <p><input type="checkbox"/> Système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise</p> <p><input type="checkbox"/> Tables de station debout et voiturettes de station debout</p> <p><input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure):</p>		

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MEDICALE ACTUELLE

Date du début *de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap*

Description de l'affection...

Le handicap est consécutif à un accident OUI NON

Si "oui", s'agit-il d'un accident de travail ou imputable à des tiers?

Diagnostic et description de la situation médicale actuelle

Info médicale supplémentaire se trouve en annexe

Prognostic (concernant la mobilité)

A court terme :

- Stable
- Dégénératif
- Progressif

Sur 5 ans :

Influenable par des thérapies : positif - stabilisé

3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITE DU BENEFICIAIRE

Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques du bénéficiaire ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation qui en découlent. À cet effet, il décrit de manière détaillée un certain nombre de fonctions de l'appareil locomoteur sur base du système de codes de la CIF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. ()*

Codes qualificatifs (c.à.d. l'ampleur des limitations fonctionnelles)

- 0 = PAS de limitation ou problème de participation (aucun, absent, négligeable 0-4%)*
- 1 = LEGERE limitation ou problème de participation (minime, faible 5-24%)*
- 2 = MODERE limitation ou problème de participation (assez important 25-49%)*
- 3 = GRAVE limitation ou problème de participation (élevé, fort, considérable 50-95%)*
- 4 = COMPLETE limitation ou problème de participation (total 96-100%)*
- 8 = limitation ou problème de participation non spécifié*
- 9 = pas d'application*

L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si le bénéficiaire entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.

(*) Informations complémentaires disponibles sur le site www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Code qualitatif	Description globale et motivation
<p>a Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances <1 km) CIF/d4500 / d4600</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide impossibles <u>Remarques</u>
<p>b Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide impossibles <u>Remarques</u>
<p>c Rester debout (pendant un certain temps) CIF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> impossible sans aide Pendant combien de temps? <u>Remarques</u>

d Utilisation **des mains et des bras** dans la voiturette (force, coordination et endurance)
CIF/d410 / d440 / d445 / d465

- peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers
 Oui Non
peut changer de position de manière autonome
 Oui Non
peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome
 Oui Non
Si non, précisez

Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel
(A remplir que pour une demande pour un scooter électronique)

- peut conduire un scooter électronique
 Oui Non

Remarques

e Se **transférer** (transfert dans/hors de la voiturette)
CIF/d420

- aucune difficulté
 en prenant appui
 avec l'aide et le soutien d'une personne
 impossible sans aide

Remarques

f Rester **assis**
(fonction assise dans la
voiturette)
CIF/d4153

- peut être assis de manière autonome et prolongée de manière correct dans la voiturette
- la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires
- position assise totalement passive

Remarques

g Fonctions **cognitives**
CIF/b110 / b114 / b117 /
b140 / b144 / b147 / b160
/ b164 / b176

- pas de problèmes cognitifs
- légère limitation des fonctions cognitives
- limitation modérée à grave des fonctions cognitives

A préciser

h Fonction
comportementale
CIF/d720

- pas de problèmes comportementales
- légère limitation des fonctions comportementales
- limitation modérée à grave des fonctions comportementales

A préciser

Est-ce que l'aide à la mobilité peut être utilisé en sécurité et en respect avec le « Code de la Route » actuel?

- OUI NON

Si NON, veuillez préciser la raison

.....

4. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> postures anormales | <input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation |
| <input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx | <input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité |
| <input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres (prière d'indiquer le degré) | |
| <input type="checkbox"/> formation d'oedèmes | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire |
| <input type="checkbox"/> incontinence | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins |
| <input type="checkbox"/> autre | |

A préciser plus en détail

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DELIVREE PRECEDEMMENT EST DEMANDEE OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPE D'UN COUSSIN ANTI-ESCARRES

Quelles sont les limitations nécessitant l'ajout d'une ou plusieurs adaptations à l'aide à la mobilité déjà délivrée ?

Quelles sont les modifications nécessitant le renouvellement anticipé du coussin anti-escarres ?

6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLEMENTAIRES

<i>Date:</i>	<i>Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur, ainsi que l'adresse</i>
<i>Signature du médecin prescripteur :</i>	
.....	

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

(Peut également être complété par d'autres personnes qui accompagnent le bénéficiaire dans sa vie quotidienne – MAIS doit être signé par le bénéficiaire ou son représentant légal.)

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité	Remarques (à remplir de manière facultative)
<input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
<input type="checkbox"/> pour faire le ménage	

<input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale.	
<input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation	
<input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente	
<input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule	
<input type="checkbox"/> autre:.....	

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité	
<i>Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande</i>	
Particularités de l'habitation	
Particularités de l'école (environnement scolaire) ou du lieu de formation	
Particularités de l'environnement de travail	
Activités sociales	
Autre	

<p><i>Date:</i></p> <p><i>Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)</i></p> <p>.....</p>
--