

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

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

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

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

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Adresse (domicile ou MRS)	
Personne de contact du bénéficiaire : Nom / téléphone / adresse mail	
Numéro d'identification du registre	
Mutualité	
Equipe de revalidation	<input type="checkbox"/> Oui Identification : <input type="checkbox"/> Non

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS :

A remplir lors de l'expertise si déjà en contact ou après par le dispensateur.

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément (INAMI) du dispensateur agréé	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone et adresse e-mail de la personne de contact	



Raison de l'envoi vers une équipe d'expertise

<p><i>Demande d'un(e)</i></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 de promenade pour enfants</p> <p><input type="checkbox"/> châssis pour siège-coquille</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette</p> <p><input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée</p> <p><input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure):</p>
--	---

DIAGNOSTIC ET SITUATION MEDICALE ACTUELLE

<p>Date du début de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap :</p> <p>Courte description :</p> <p>Le handicap est consécutif à un accident <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI, s'agit-il d'un accident de travail ou imputable à des tiers?</p>
<p>Diagnostic et description de la situation médicale actuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Info médicale se trouve en annexe</p>
<p>Pronostic (concernant la mobilité)</p> <p><i>A court terme:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Stable</p> <p><input type="checkbox"/> Dégénératif</p> <p><input type="checkbox"/> Progressif</p> <p><i>Sur 5 ans:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Influencable par des thérapies : <input type="checkbox"/> positif – <input type="checkbox"/> stabilise</p>

DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITE DU BENEFICIAIRE

Codes qualitatifs (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

(*) Informations complémentaires disponibles sur le site

www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

FONCTION	CODE QUALIFICATIF CIF	DESCRIPTION
1. Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances <1 km) CIF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'intérieur – mains libres pour des activités <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut travailler debout de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>remarques</i>

<p>2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances >1Km) CIF/d4501 / d4602</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut marcher de façon fonctionnelle à l'extérieur : peut marcher de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut marcher de façon fonctionnelle sur terrain inégal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>3. Membre supérieur</p>		
<p>3.1. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur et à l'extérieur. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut uniquement se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat et à l'intérieur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ... <input type="checkbox"/> Oui, Laquelle <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut se servir des appareils nécessaires (téléphone, radio, tv, portes, ...) de manière autonome depuis la voiturette, c.-à-d. peut contrôler l'environnement direct sans commande de l'environnement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>Si NON, précisez (adaptation ?domotique?):....</u></p> <p>A déjà eu lieu un test du matériel adapté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p>

Peut-il y avoir des adaptations futures

Oui Non Pas d'application

remarques

3.2. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter

Peut commander un scooter électronique

Oui Non Pas d'application

remarques

CIF/d440/d445/
d465

4. Maintien de la position debout

CIF/d4154

Peut tenir debout de manière autonome et prolongée

Oui Non

Peut tenir debout de manière autonome et prolongée en utilisant une aide

Oui Non

Peut tenir debout avec le soutien d'une ou plusieurs personnes

Oui Non

Si oui, combien de temps :

Ne peut pas tenir debout

Oui Non

remarques

5. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête

CIF/d4153

Peut rester assis de manière autonome et prolongée dans une position correcte

Oui Non

Si "non", veuillez préciser:....

Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis

Oui Non

Si "non", veuillez préciser:....

Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis

Oui Non

Si "non", veuillez préciser:....

Peut changer de position de manière autonome

Oui Non

remarques

**6. Exécution de transferts
Transfert dans/hors de la voiturette**

CIF/d420 / d4200 / d410

Peut se transférer de manière autonome

Oui Non

Peut se transférer de manière autonome en prenant appui

Oui Non

Peut seulement se transférer avec l'aide et le soutien d'une personne

Oui Non

L'exécution de transferts est très difficile ou impossible sans aide ou système de levage

Oui Non

remarques

7. Fonction neuropsychologique

7.1. Troubles :

 Oui Non

Fonctions

cognitives

CIF/b110 / b114 /

b117 / b140 /

b144 / b147 /

b160 / b164 /

b176

Si OUI, précisez

 orientation dans le temps orientation dans l'espace orientation personne attention/concentration mémoire fonctions psychomotrices autre

remarques

7.2. Troubles :

fonction

comportementale

CIF/d720 / b126

 Oui Non

Précisez

8. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette

8.1. Risque d'escarres

Non

Oui

Troubles de la sensibilité
troubles trophiques, anomalies anatomiques, anomalies fonctionnelles,

Incontinence, allergie, transpiration,

Ne peut pas se soulever suffisamment longtemps pour soulager le siège en raison de limitations ou d'incapacités physiques ou mentales, de problèmes de conscience, de fatigue, ...

remarques

Présence d'escarres

nouveau?

récidivant ?

Localisation :

8.2. Déformations anatomiques

CIF/s700

Non

Oui

Si « oui », précisez.

8.3. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie)

CIF/b735 / b7356

Non

Oui

membres supérieurs

membres inférieurs

tronc tête/nuque

Précisez : gauche ou droite

port d'attelle

orthèse

remarques

**8.4.Trouble :
contractures,
ankylose ou
subluxation**

CIF/b710 / b715

Non

Oui membres supérieurs
 membres inférieurs
 tronc tête/nuque

Présicez : gauche ou droite

remarques

**8.5.Trouble :
contrôle des
mouvements
volontaires /
mouvements
involontaires**

CIF/b760 / b765

Non

Oui membres supérieurs
 membres inférieurs
 tronc tête/nuque

Présicez : gauche ou droite

remarques

**8.6. Trouble : force
musculaire**

CIF/b730

Non

Oui membres supérieurs
 membres inférieurs
 tronc tête/nuque

Présicez : gauche ou droite

remarques

**8.7.Trouble:
endurance et
résistance à l'effort**

CIF/b410 / b440 /
b455 / b740

Non

Oui

cardiorespiratoire

dépendance à l'O₂ / respirateur

neuromusculaire

autre

remarques

8.8.Taille & poids

(si pertinent)

taille :

poids :

remarques

8.9.Trouble :

**fonctions
sensorielles**

CIF/b260 / b265 /
b270 / b210 / b230

Non

Oui

sensibilité

vue

ouïe

Remarques

9. Activités et participation			
9.1. Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :	Ménage	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Ecole	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Travail	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Courses	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Social	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Culturel	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Temps libre	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent
		<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
Sport	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	
	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	
Autre			
<u>remarques</u>			
9.2. Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e)	<input type="checkbox"/> cadre de marche		
	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle		
	<input type="checkbox"/> voiturette électronique		
	<input type="checkbox"/> scooter électronique		
	<u>Remarques</u>		

9.5. Facteurs environnementaux en rapport avec l'aide à la mobilité demandée	
9.5.1. Habitation et environnement direct	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <input type="checkbox"/> abri disponible pour l'aide à la mobilité demandé <u>remarques</u>
9.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
9.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
9.5.4. Visite à domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par (nom) (fonction)

CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

--

Cet avis a été établi par :

Date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Médecin (médecin-rééducateur)	Nom Numéro d'agrément	Signature
Ergothérapeute ou kinésithérapeute	Nom Numéro d'agrément	Signature
Autre (Description de la fonction)	Nom Numéro d'agrément	Signature

CADRE RESERVE 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.)

J'ai pris connaissance de ce document

Remarques et motivation:

Le bénéficiaire peut ici formuler ses remarques, s'il n'est pas d'accord avec les propositions de l'équipe d'expertise, s'il veut motiver l'une ou l'autre adaptation pour laquelle l'équipe n'a pas donné son accord etc.

Date : / /

Nom et signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal):

.....