

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

!! Toutes les rubriques doivent être remplies !!

A remettre par la personne avec besoin de soutien au dispensateur de son
choix

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AVEC BESOIN DE SOUTIEN

*A compléter par la personne avec besoin de soutien ou apposer une vignette
de la mutualité*

Nom et prénom de la personne avec besoin de soutien	
Date de naissance	
Adresse (domicile ou centre de repos et de soins pour personnes âgées)	
Personne de contact de la personne avec besoin de soutien: Nom / téléphone / adresse mail	
Numéro d'identification du registre national	
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

<i>Demande d'un(e)</i> <input type="checkbox"/> voiturette manuelle modulaire <input type="checkbox"/> voiturette manuelle active <input type="checkbox"/> voiturette manuelle de maintien et de soins <input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> voiturette de promenade pour enfants <input type="checkbox"/> châssis pour siège-coquille <input type="checkbox"/> siège-coquille <input type="checkbox"/> coussin anti-escarre	<input type="checkbox"/> tricycle orthopédique <input type="checkbox"/> système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise <input type="checkbox"/> tables de station debout <input type="checkbox"/> cadre de marche avec soutien de la position debout <input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette <input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée <input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure):
---	---

DIAGNOSTIC ET SITUATION MEDICALE ACTUELLE

Date du début .../.../..... de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap : Courte description : Le handicap est consécutif à un accident <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 se trouve en annexe

Pronostic (concernant la mobilité)

A court terme:

- Stable*
 Dégénératif
 Progressif

Sur 5 ans:

Influencable par des thérapies : *positif* – *stabilise*

DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITE DE LA PERSONNE AVEC
BESOIN DE SOUTIEN

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

(*) 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 <u>remarques</u>
2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances >1Km) CIF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'extérieur : peut marcher de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut marcher de façon fonctionnelle sur terrain inégal <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 <u>remarques</u>
3. Membre supérieur		
3.1. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en	<input type="checkbox"/>	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 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

rapport avec la conduite d'une voiturette	CIF/d440 / d445 / d465	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
		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
		<input type="checkbox"/> Pas d'application	
		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
		<i>Si NON, précisez (adaptation ?domotique?):....</i>	
		A déjà eu lieu un test du matériel adapté ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application
		Peut-il y avoir des adaptations futures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application
		<i>remarques</i>	
3.2. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter	CIF/d440/d445/ d465	<input type="checkbox"/>	Peut commander un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application
			<i>remarques</i>
4. Maintien de la position debout	CIF/d4154	<input type="checkbox"/>	Peut tenir debout de manière autonome et prolongée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : Fonctions cognitives

CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176

Oui Non

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

<p>9.1. Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :</p>	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>			

<p>9.2. Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e)</p>	<input type="checkbox"/> cadre de marche
	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle
	<input type="checkbox"/> voiturette électronique
	<input type="checkbox"/> scooter électronique
	<u>Remarques</u>

9.3. Mobilité sur des "distances moyennes"	
<p>9.3.1. Peut se servir d'une aide à la mobilité mécanique, telle que :</p>	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> vélo adapté <input type="checkbox"/> tricycle <input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> tricycle à position assise ou couchée <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>
<p>9.3.2. Peut seulement se servir d'une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que :</p>	<input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> système de traction pour voiturette <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> vélo avec moteur électrique <input type="checkbox"/> tricycle avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> handbike avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>
<p>9.4. Transport sur de longues distances</p>	<input type="checkbox"/> tilise les transports en commun: <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> conduit, de manière autonome, une voiture <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée transfert vers/hors <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide emporter, monter et démonter la voiturette <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'une voiture <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'un véhicule adapté pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> reste assis dans la voiturette dans le véhicule <input type="checkbox"/> autre <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 A LA PERSONNE AVEC BESOIN DE SOUTIEN

A compléter par la personne avec besoin de soutien

(Peut également être complété par d'autres personnes qui accompagnent la personne avec besoin de soutien dans sa vie quotidienne – MAIS doit être signé par la personne avec besoin de soutien ou son représentant légal.)

J'ai pris connaissance de ce document

Remarques et motivation:

La personne avec besoin de soutien peut ici formuler ses remarques, si elle n'est pas d'accord avec les propositions de l'équipe d'expertise, si elle veut motiver l'une ou l'autre adaptation pour laquelle l'équipe n'a pas donné son accord etc.

Date : / /

Nom et signature de la personne avec besoin de soutien (ou de son représentant légal):