

Prescription médicale pour une aide à la mobilité et/ou adaptations

!! Toutes les rubriques doivent être remplies !!

Identification de la personne ayant un besoin de soutien

Vignette de la mutualité	
Personne de contact de la personne ayant un besoin de soutien : Nom / téléphone / courriel	
Assurance à l'étranger (1)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si la personne ayant un besoin de soutien réside dans un centre de repos et de soins pour personnes âgées :

Nom du centre de repos et de soins pour personnes âgées	
Nom du centre de repos et de soins pour personnes âgées	

(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 de la Communauté germanophone du 20 juin 2017).



Vennbahnstraße 4/4
B -4780 St. Vith



www.selbstbestimmt.be



0800 900 11

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

À compléter par le médecin prescripteur

Je soussigné, Docteur en médecine,déclare par la présente que la personne avec besoin de soutien 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, la personne avec besoin de soutien doit obtenir à titre **définitif** une aide à la mobilité appropriée.

Réhabilitation concernant la mobilité	<input type="checkbox"/> Phase de réhabilitation (aigu)	<input type="checkbox"/> Phase de réhabilitation terminée, état de mobilité stable (non aigu)
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire ¹	<input type="checkbox"/> définitive ²
Évaluation	avec appareillage orthopédique ³ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Type :	
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée <input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> quelques heures pendant la semaine
Demande d'un(e) :		<input type="checkbox"/> coussin anti-escarre
<input type="checkbox"/> Aide à la mobilité standard : <input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> chaise roulante manuelle standard <input type="checkbox"/> Aide à la mobilité adaptable⁴ (Chaise roulante manuelle modulaire - active - de maintien et de soins, chaise roulante électronique, scooter électronique, chaise roulante standard de promenade pour enfant, châssis pour siège-coquille, tricycle orthopédique, système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise, tables de station debout et chaise roulante de station debout, autre (par ex. sur mesure)		
		Remarques :

¹ Utilisation temporaire : pas de subvention par le DSL. Location du matériel possible, entre autres, à la Croix Rouge ou par les mutualités

² Utilisation définitive : s'applique lorsque le processus de réhabilitation est terminé et que la restriction de mobilité persiste.

³ l'évaluation avec des aides orthopédiques telles que des prothèses, des orthèses de levage du pied, etc. Pour l'amputation : si l'utilisation de la prothèse n'est pas fonctionnelle en permanence, l'évaluation de l'état de mobilité a lieu sans assistance. A ce moment, une justification médicale est nécessaire.

⁴ Le team d'expertise clarifie laquelle des aides à la mobilité mentionnées ci-dessus répond au besoin de la personne ayant un besoin de soutien.

2. Diagnostic et situation médicale actuelle

Date de début ___ / ___ / ____ de l'affection ou de l'événement à la base du handicap.

Description de l'affection ou de l'événement _____

Le handicap est consécutif à un accident : oui non

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

La personne ayant besoin de soutien est atteinte d'une **maladie dégénérative rapide** oui non

Statut palliatif : oui non

Listez tous les diagnostics :

- Antécédent :

- Diagnostic actuel et description de la situation médicale actuelle :

Veillez joindre des rapports médicaux (revalidation, rapport des spécialistes ...)

Dans les 6 prochains mois, la mobilité de la personne

- ne changera pas (restera stable)
- s'améliorera
- se dégradera

La mobilité sera influençable par des thérapies dans les 5 ans à venir :

- oui non
- positif
- stabilisé

3. Description globale de la fonctionnalité de la personne ayant un besoin de soutien

Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques de la personne avec besoin de soutien 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 ICF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. (*)

L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si la personne avec besoin de soutien entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.

(*) Informations complémentaires disponibles sur le site
<https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>

Fonctions / Activités et participation	Description globales et motivation selon ICF
<p>a. Se déplacer à l'intérieur ICF/d4600</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0 : possible sans aide technique <input type="checkbox"/> ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation <input type="checkbox"/> ICF 2 : possible avec une aide technique⁵, autre que celle demandée, et sans le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou avec le soutien important de l'aide technique demandée⁶ <input type="checkbox"/> ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et/ou l'aide technique demandée <input type="checkbox"/> ICF 8 : problème de la mobilité non-spécifié <input type="checkbox"/> ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée</p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>b. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur des moyennes distances, 0,5 -1 km) ICF/d4500</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0 : possible sans aide technique <input type="checkbox"/> ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation <input type="checkbox"/> ICF 2 : possible avec une aide technique⁷, autre que celle demandée, et sans le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou avec le soutien important d'une aide technique⁸</p>

⁵ support aux meubles, canne, béquille, cadre de marche

⁶ p.ex. cadre de marche, chaise roulante manuelle

⁷ des appuis, canne, béquille, cadre de marche

⁸ p.ex. cadre de marche, chaise roulante manuelle

	<p><input type="checkbox"/> ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et/ou l'aide technique demandée</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 8 : problème de la mobilité non-spécifié</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée</p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>c. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances, > 1 km) ICF/d4602</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0 : possible sans aide technique</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 2 : possible avec une aide technique⁹, autre que celle demandée, et sans le soutien d'une personne</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou avec le soutien important de l'aide technique demandée¹⁰</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et/ou l'aide technique demandée</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 8 : problème de la mobilité non-spécifié</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée</p> <p><u>Remarques</u></p>

⁹ des appuis, canne, béquille, cadre de marche

¹⁰ p.ex. cadre de marche, chaise roulante manuelle

<p>d. Rester debout (plus que 2 minutes) ICF/d4154</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0 : possible sans aide technique <input type="checkbox"/> ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation <input type="checkbox"/> ICF 2 : possible avec une aide technique¹¹, autre que celle demandée (p.ex. une canne) et sans le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou par l'utilisation permanente d'une aide technique <input type="checkbox"/> ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et d'une aide technique (p.ex. lève-personne) <input type="checkbox"/> ICF 8 : problème de rester debout non-spécifié <input type="checkbox"/> ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée</p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>e. Utilisation des membres supérieurs et inférieurs (force, coordination et durée) ICF/ d440 / d445 / d465</p>	<p>Demande d'un cadre de marche : Peut s'appuyer sur/avancer avec un cadre de marche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Demande d'une autre aide à la mobilité : Peut se repositionner seul et dans des intervalles réguliers <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Peut manipuler seul une chaise roulante à l'aide des membres supérieurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

¹¹ des appuis, canne, béquille, cadre de marche

	<p>Peut manipuler seule une chaise roulante à l'aide des membres inférieurs (trotter)</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>f. Changement de position d'une position assise initiale (p.ex. : se mettre debout, de la chaise roulante vers un fauteuil) ICF/ d4104/ d410</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0 : possible sans aide technique</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 2 : possible avec une aide technique¹², autre que celle demandée (p.ex. une canne) et sans le soutien d'une personne</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou par l'utilisation permanente d'une aide technique</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et d'une aide technique (p.ex. aide à la mobilité, lève-personne)</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 8 : problème de rester debout non-spécifié</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée</p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>g. Position d'assise correcte ICF/d4153</p>	<p><input type="checkbox"/> ICF 0 : possible sans aide technique</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 1 : possible seul, mais avec instruction/observation</p> <p>ICF 2 : possible avec un simple support (p.ex. accoudoirs)</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 3 : possible avec support important (p.ex. pelottes latérales, siège-culotte)</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 4 : position d'assise passive</p> <p><input type="checkbox"/> ICF 8 : problème de l'assise non-spécifié</p>

¹² des appuis, canne, béquille, cadre de marche

ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée

Remarques

4. Informations complémentaires

<input type="checkbox"/> Échelle de Braden (score) ¹³	<input type="checkbox"/> Troubles des fonctions comportementales
<input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx, problèmes dermatologiques, escarres. Détails :	<input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire
<input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité ou de la perception sensorielle	<input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins
<input type="checkbox"/> posture anormale	<input type="checkbox"/> restriction cognitive
<input type="checkbox"/> formation d'œdèmes	
<input type="checkbox"/> incontinence	
<input type="checkbox"/> autre	
Existe-t-il une restriction pour la conduite d'une aide à la mobilité dans le trafic public ?	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Justification :	
.....	
.....	
.....	
Remarques générales	

¹³ Pour une demande de coussin anti-escarres : à compléter, si le score de l'échelle de Braden est disponible.

5. Motivation, lorsqu'une adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment est demandée ou en cas de renouvellement 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. Éventuelles remarques complémentaires

Date : __ / __ / ____	Cachet avec Numéro INAMI du médecin prescripteur ainsi que l'adresse
Signature du médecin prescripteur	
.....	

Veillez joindre des rapports médicaux (revalidation, rapport des spécialistes...)