

## 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)	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	□□□□□□-□□□-□□
Mutualité (nom ou numéro)	

### **IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS**

*A compléter par le dispensateur de soins qui envoie le bénéficiaire vers l'équipe multidisciplinaire*

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone, adresse e-mail	
N° d'entreprise	

Raison de l'envoi vers une équipe multidisciplinaire

<p><i>Demande d'un(e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> voiturette pour enfants: <input type="checkbox"/> manuelle, <input type="checkbox"/> électronique</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle active</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette électronique</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> système de station debout</p>	<p><input type="checkbox"/> tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes</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>
---	--

**RAPPORT DE FONCTIONNEMENT RELATIF A L'UTILISATION D'UNE AIDE A LA MOBILITE**

À compléter de manière multidisciplinaire



Ce rapport de fonctionnement est établi pour .....

(nom et prénom du bénéficiaire)

**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](http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm)

FONCTION	CODE QUALIFICATIF CIF	DESCRIPTION
<b>1. Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances)</b> CIF/d4500 / d4600		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>
<b>2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances)</b> CIF/d4501 / d4602		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>

<p><b>3. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette</b> 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"/> Ou      <input type="checkbox"/> Non      <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>remarques</u></p>
<p><b>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter</b> CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander un scooter électronique  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>5. Maintien de la position debout</b> CIF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée en utilisant une aide  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout avec le soutien d'une ou plusieurs personnes  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ne peut pas tenir debout  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>6. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête</b> CIF/d4153 / d410</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut rester assis de manière autonome et prolongée  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut changer de position de manière autonome  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>

<p><b>7. Exécution de transferts transfert dans/hors de la voiturette</b> CIF/d420 / d4200</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Peut se transférer de manière autonome  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non  <input checked="" type="checkbox"/> Peut se transférer de manière autonome en prenant appui  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Peut seulement se transférer avec l'aide et le soutien d'une personne  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> L'exécution de transferts est très difficile ou impossible sans aide ou système de levage  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non  <u>remarques</u></p>
<p><b>8. Troubles : Fonctions cognitives</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non  Si oui, précisez  <input type="checkbox"/> orientation dans le temps      <input type="checkbox"/> orientation dans l'espace  <input type="checkbox"/> orientation personne      <input type="checkbox"/> attention/concentration  <input type="checkbox"/> mémoire      <input type="checkbox"/> fonctions psychomotrices  <input type="checkbox"/> autre  <u>remarques</u></p>
<p><b>9. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette</b></p>	
<p>9.1. Risque d'escarres</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Troubles de la sensibilité troubles trophiques, anomalies anatomiques, anomalies fonctionnelles, ...  <input type="checkbox"/> Incontinence, allergie, transpiration, ...  <input type="checkbox"/> 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, ...  <u>remarques</u></p>
<p>9.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> membres supérieurs      <input type="checkbox"/> membres inférieurs  <input type="checkbox"/> tronc      <input type="checkbox"/> tête/nuque  <u>remarques</u></p>
<p>9.3. Trouble : force musculaire CIF/b730</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> membres supérieurs      <input type="checkbox"/> membres inférieurs  <input type="checkbox"/> tronc      <input type="checkbox"/> tête/nuque  <u>remarques</u></p>

<p>9.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u>																																																		
<p>9.5. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u>																																																		
<p>9.6. Trouble: endurance et résistance à l'effort CIF/b410 / b440 / b455 / b740</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> neuromusculaire <input type="checkbox"/> dépendance à l'O <sub>2</sub> / respirateur <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>																																																		
<p>9.7. Taille &amp; poids (si pertinent)</p>	<input type="checkbox"/> taille : <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> poids :																																																		
<p>9.8. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> sensibilité <input type="checkbox"/> vue <input type="checkbox"/> ouïe <u>Remarques</u>																																																		
<p>9.9. Troubles : comportement CIF/d720</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<u>remarques</u>																																																		
<b>10. Activités et participation</b>																																																				
<p>10.1 Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Ménage</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Ecole</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Travail</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Courses</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Culturel</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Temps libre</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Sport</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Autre .....</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><u>remarques</u></td> </tr> </tbody> </table>		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>				
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>																																																				

10.2 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>
10.3 Mobilité sur des "distances moyennes"	
10.3.1. Peut se servir d'une aide à la mobilité mécanique, telle que :	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> vélo adapté <input type="checkbox"/> tricycle <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> tricycle à position assise ou couchée <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>
10.3.2. Peut seulement se servir d'une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que :	<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>
10.4 Transport sur de longues distances	<input type="checkbox"/> utilise 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>
10.5 Facteurs environnementaux	
10.5.1. Habitation et environnement direct (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<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>
10.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement de travail (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<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>
10.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné) (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<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>
10.5.4. Visite à domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par ..... (nom) .....  (fonction) .....

**CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE**

--

*Cet avis multidisciplinaire a été établi par :*

Date :   /   /

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

[Tapez ici]

**CADRE RESERVE AU BENEFICIAIRE**

*A compléter par le bénéficiaire*

J'ai pris connaissance de ce document

**Remarques :**

Date :   /   /

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

[Tapez ici]