

PRESCRIPTION MEDICALE POUR 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 BÉNÉFICIAIRE

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)	

Si le bénéficiaire réside en MRPA ou MRS

Nom de l'institution	
Numéro d'agrément de l'institution	□□□□□□□□□□□□□□
Adresse de l'institution	

1. PRESCRIPTION

A compléter par le médecin prescripteur

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare par la présente que
(nom et prénom du 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.

PRESTATION SELON LA NOMENCLATURE....	
<input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHÉ <input checked="" type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE/ELECTRONIQUE/SCOOTER ELECTRONIQUE <i>(à spécifier de manière facultative)</i> <input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE <input type="checkbox"/> APPAREIL DE STATION DEBOUT <input type="checkbox"/> AUTRE (PAR EX. SUR-MESURE) :	<input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES <input type="checkbox"/> CHASSIS POUR SIEGE-COQUILLE <input type="checkbox"/> DOSSIER MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE <input type="checkbox"/> ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DELIVREE PRECEDEMMENT

Il s'agit <input checked="" type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
L'utilisation est <input type="checkbox"/> temporaire	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> en permanence	

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE

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

Le handicap est consécutif à un accident OUI NON

Diagnostic et description de la **situation médicale actuelle**

Ou joindre en annexe un rapport médical récent/actualisé

En cas d'affection unilatérale, préciser s'il s'agit du côté droit ou gauche.

Pronostic (concernant la mobilité)

A court terme:

Sur 5 ans:

3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Pour une demande concernant un cadre de marche, remplir uniquement les rubriques a, b et c.

Pour une demande concernant une adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment ou en cas de renouvellement anticipé d'un coussin anti-escarres, passer au point 5.

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
a. Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances) CIF/d4500 / d4600	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">3</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input checked="" 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 très difficiles ou impossibles <i>remarques</i>
b. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">3</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input checked="" type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <i>remarques</i>
c. Rester debout (pendant un certain temps) CIF/d4154	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">3</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input checked="" type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <i>remarques</i>
d. Utilisation des mains et des bras dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465 Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel (A remplir en sus pour une demande concernant un scooter électronique)	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">2</div> <div style="border: 2px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: auto;"></div>	peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non peut changer de position de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>remarques</i> peut conduire un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>remarques</i>
e. Se transférer (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">3</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input checked="" type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <i>remarques</i>
f. Rester assis (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">2</div>	<input type="checkbox"/> peut être assis de manière autonome dans la voiturette <input checked="" type="checkbox"/> la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires <input type="checkbox"/> position assise totalement passive <i>remarques</i>
g. Fonctions cognitives CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: 30px; margin: auto;">1</div>	<input checked="" type="checkbox"/> pas de problèmes cognitifs <input type="checkbox"/> légère limitation des fonctions cognitives <input type="checkbox"/> limitation modérée à grave des fonctions cognitives <i>remarques</i>

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <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"/> formation d'œdèmes | <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"/> problèmes dermatologiques, escarres | |
| <input type="checkbox"/> autre | |

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT EST DEMANDÉE OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPÉ 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 COMPLÉMENTAIRES

Date: / /

Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur

.....

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE*A compléter par le bénéficiaire*

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 checked="" type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
<input type="checkbox"/> pour faire le ménage	
<input checked="" 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:.....	

A remplir de manière facultative

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 la formation ou de l'enseignement	
Particularités de l'environnement de travail	
Activités sociales	
Autre	

Date : / /

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)

.....