

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 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) :

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

Cadre de marche

Voiturette manuelle/électronique/scooter électronique (*à spécifier de manière facultative*)

Châssis pour siège-coquille

Coussin anti-escarres

Tricycle orthopédique

Dossier modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise

Appareil de station debout

Adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment

Autre (pe. sur mesure):

.....

- Il s'agit : d'une première demande
 d'un renouvellement
- L'usage est : temporaire
 définitif
- L'utilisation est nécessaire : une partie limitée de la journée
 une partie importante de la journée
 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.[1]

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%)

¹ Pour plus d'infos, voir www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

- 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.

FONCTIONS/ACTIVITÉS ET PARTICIPATION

Toutes les rubriques doivent être remplies !

a) Se **déplacer à l'intérieur** (marcher sur des courtes distances) CIF/d4500 / d4600

Code qualificatif : []

- [] aucune difficulté
 [] en prenant appui
 [] avec une aide à la marche
 [] avec l'aide et le soutien d'une personne
 [] Déplacements sans aide très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

b) Se **déplacer à l'extérieur** (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602

Code qualificatif : []

- [] aucune difficulté
 [] en prenant appui
 [] avec une aide à la marche
 [] avec l'aide et le soutien d'une personne
 [] Déplacement sans aide très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

c) Rester **debout** (pendant un certain temps) CIF/d4154

Code qualificatif : []

- [] aucune difficulté
 [] en prenant appui
 [] avec l'aide et le soutien d'une personne
 [] très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

d) Utilisation **des mains et des bras** dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465

Code qualificatif : []

- peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers
[] oui [] non
- peut changer de position de manière autonome
[] oui [] non
- peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome
[] oui [] non

Remarques

.....
.....

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

Code qualificatif : []

- Peut conduire un scooter électronique
[] oui [] non

Remarques

.....
.....

e) Se **transférer** (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420

Code qualificatif : []

- [] aucune difficulté
- [] en prenant appui
- [] avec l'aide et le soutien d'une personne
- [] très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....
.....

f) Rester **assis** (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153

Code qualificatif : []

- [] peut être assis de manière autonome dans la voiturette
- [] position assise totalement passive
- [] la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires

Remarques

.....
.....

g) Fonctions **cognitives** CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176

Code qualificatif : []

- [] pas de problèmes cognitifs
- [] légère limitation des fonctions cognitives
- [] limitation modérée à grave des fonctions cognitives

Remarques

.....

.....

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

- | | |
|---|--|
| [] postures anormales | [] troubles de l'alimentation |
| [] problèmes au niveau du siège ou du coccyx | [] troubles au niveau de la sensibilité |
| [] formation d'œdèmes | [] troubles au niveau du système respiratoire |
| [] incontinence | [] troubles au niveau du cœur ou de |
| [] problèmes dermatologiques, escarres | vaisseaux sanguins |
| [] 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

- pour des déplacements occasionnels
- pour un usage quotidien restreint
- pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée
- pour faire le ménage
- pour participer à la vie familiale et/ou sociale
- pour travailler ou suivre une formation
- pour participer à des activités sportives et de détente
- comme place assise dans un véhicule
- autre :

.....

Remarques

.....
.....

FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ

A remplir de manière facultative.

Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande.

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)

.....