255-1.0/2001

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	☐ Oui Identification : ☐ Non

Vennbahnstraße 4/4
B -4780 St. Vith

www.selbstbestimmt.be

080 / 229 111

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

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

Demande d'un(e)	☐ tricycle orthopédique
☐ voiturette manuelle modulaire	
☐ voiturette manuelle active	☐ système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise
☐ voiturette manuelle de maintien et de soins	
☐ voiturette électronique	☐ tables de station debout
☐ scooter électronique	☐ cadre de marche avec soutien de la position debout
☐ voiturette de promenade pour enfants	☐ renouvellement anticipé d'une voiturette
☐ châssis pour siège-coquille	☐ adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée
☐ siège-coquille	
☐ coussin anti-escarre	☐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 ☐ OUI ☐ 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	☐	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'intérieur – mains libres pour des activités ☐ Oui ☐ Non Peut travailler debout de manière sûre et autonome ☐ Oui ☐ Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant ☐ Oui ☐ Non *remarques*
2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances >1Km) CIF/d4501 / d4602	☐	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'extérieur : peut marcher de manière sûre et autonome ☐ Oui ☐ Non Peut marcher de façon fonctionnelle sur terrain inégal ☐ Oui ☐ Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant ☐ Oui ☐ Non *remarques*
3. Membre supérieur		
3.1. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en	☐	Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur et à l'extérieur. ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application Peut uniquement se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat et à l'intérieur ☐ Oui ☐ Non ☐ 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 ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ... ☐ Oui, Laquelle ☐ Non ☐ 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 ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application *Si NON, précisez (adaptation ?domotique?):….* A déjà eu lieu un test du matériel adapté ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application Peut-il y avoir des adaptations futures ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application *remarques*
3.2. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter CIF/d440/d445/ d465	☐	Peut commander un scooter électronique ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application *remarques*
4. Maintien de la position debout CIF/d4154	☐	Peut tenir debout de manière autonome et prolongée ☐ Oui ☐ 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

Présicez : ☐ 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'O_2 / 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	
9.1. Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :	Ménage ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Ecole ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Travail ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Courses ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Social ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Culturel ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Temps libre ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Sport ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Autre ……. *<u>remarques</u>*
9.2. Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e)	☐ cadre de marche ☐ voiturette manuelle ☐ voiturette électronique ☐ scooter électronique *<u>Remarques</u>*

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

9.5. Facteurs environnementaux en rapport avec l'aide à la mobilité demandée	
9.5.1. Habitation et environnement direct	☐ accessible ☐ non accessible ☐ de manière autonome ☐ accompagnement d'un tiers nécessaire ☐ abri disponible pour l'aide à la mobilité demandé *remarques*
9.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement	☐ accessible ☐ non accessible ☐ de manière autonome ☐ accompagnement d'un tiers nécessaire *remarques*
9.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné)	☐ accessible ☐ non accessible ☐ de manière autonome ☐ accompagnement d'un tiers nécessaire *remarques*
9.5.4. Visite à domicile	☐ Non ☐ Oui, par ……..... (nom) ……... (fonction)

CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Cet avis 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

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): .....