

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	N'oubliez pas d'apposer une vignette ici
Personne de contact de la personne ayant un besoin de soutien : Nom / téléphone / courriel	
Assurance à l'étranger (1)	☐ oui ☐ 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. 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	☐ Phase de réhabilitation (aigu)	☐ Phase de réhabilitation terminée, état de mobilité stable (non aigu)
L'utilisation est	☐ temporaire ¹	☐ définitive ²
Évaluation	avec appareillage orthopédique ³ ☐ oui ☐ non Type :	
L'utilisation est nécessaire	☐ une partie limitée de la journée ☐ en permanence	☐ quelques heures pendant la semaine
Demande d'un(e) : ☐ Aide à la mobilité standard : ☐ cadre de marche ☐ chaise roulante manuelle standard ☐ 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)		☐ coussin anti-escarre 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
a. Se déplacer à l'intérieur ICF/d4600	☐ ICF 0 : possible sans aide technique ☐ ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation ☐ ICF 2 : possible avec une aide technique ⁵ , autre que celle demandée, et sans le soutien d'une personne ☐ ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou avec le soutien important de l'aide technique demandée ⁶ ☐ ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et/ou l'aide technique demandée ☐ ICF 8 : problème de la mobilité non-spécifié ☐ ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée <u>Remarques</u>
b. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur des moyennes distances, 0,5 -1 km) ICF/d4500	☐ ICF 0 : possible sans aide technique ☐ ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation ☐ ICF 2 : possible avec une aide technique ⁷ , autre que celle demandée, et sans le soutien d'une personne ☐ ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou avec le soutien important d'une aide technique ⁸

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

	☐ ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et/ou l'aide technique demandée ☐ ICF 8 : problème de la mobilité non-spécifié ☐ ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée <u>Remarques</u>
c. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances, > 1 km) ICF/d4602	☐ ICF 0 : possible sans aide technique ☐ ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation ☐ ICF 2 : possible avec une aide technique ⁹ , autre que celle demandée, et sans le soutien d'une personne ☐ ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou avec le soutien important de l'aide technique demandée ¹⁰ ☐ ICF 4 : seulement possible avec le soutien complet d'au moins une personne et/ou l'aide technique demandée ☐ ICF 8 : problème de la mobilité non-spécifié ☐ ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée <u>Remarques</u>

⁹ des appuis, canne, béquille, cadre de marche

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

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

¹¹ des appuis, canne, béquille, cadre de marche

	Peut manipuler seule une chaise roulante à l'aide des membres inférieurs (trotter) ☐ oui ☐ non
f. Changement de position d'une position assise initiale (p.ex. : se mettre debout, de la chaise roulante vers un fauteuil) ICF/ d4104/ d410	☐ ICF 0 : possible sans aide technique ☐ ICF 1 : possible seul, mais lentement et/ou avec instruction/observation ☐ ICF 2 : possible avec une aide technique ¹² , autre que celle demandée (p.ex. une canne) et sans le soutien d'une personne ☐ ICF 3 : seulement possible avec le soutien important d'une personne ou par l'utilisation permanente d'une aide technique ☐ 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) ☐ ICF 8 : problème de rester debout non-spécifié ☐ ICF 9 : activité non applicable pour l'aide à la mobilité demandée <u>Remarques</u>
g. Position d'assise correcte ICF/d4153	☐ ICF 0 : possible sans aide technique ☐ ICF 1 : possible seul, mais avec instruction/observation ICF 2 : possible avec un simple support (p.ex. accoudoirs) ☐ ICF 3 : possible avec support important (p.ex. pelottes latérales, siège-culotte) ☐ ICF 4 : position d'assise passive ☐ ICF 8 : problème de l'assise non-spécifié

¹² des appuis, canne, béquille, cadre de marche

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

Remarques

4. Informations complémentaires

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