

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

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

<i>Demande d'un(e)</i> ☐ voiturette manuelle modulaire ☐ voiturette manuelle active ☐ voiturette manuelle de maintien et de soins ☐ voiturette électronique ☐ scooter électronique ☐ voiturette de promenade pour enfants ☐ châssis pour siège-coquille ☐ siège-coquille ☐ coussin anti-escarre	☐ tricycle orthopédique ☐ système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise ☐ tables de station debout ☐ cadre de marche avec soutien de la position debout ☐ renouvellement anticipé d'une voiturette ☐ adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée ☐ 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 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

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 <u>remarques</u>
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 <u>remarques</u>

3. Membre supérieur

3.1. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette

CIF/d440 / d445 / d465

☐

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

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 <u>remarques</u>
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 <u>remarques</u>

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

Précisez : ☐ 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'O₂ / 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 <u>remarques</u>
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 <u>remarques</u>
9.4. Transport sur de longues distances	☐ utilise 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 <u>remarques</u>

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 <u>remarques</u>
9.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement	☐ accessible ☐ non accessible ☐ de manière autonome ☐ accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
9.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné)	☐ accessible ☐ non accessible ☐ de manière autonome ☐ accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
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):