ANNEXE 1

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS

!!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!!

⚠ **Une fois complété par le médecin et le bénéficiaire, le bénéficiaire doit remettre ce document au technologue orthopédique en aide à la mobilité / bandagiste de son choix dans un délai de :**
- 2 mois s'il s'agit d'une première demande ou d'un forfait de location en maison de repos
- 6 mois s'il s'agit d'un renouvellement

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(s) selon l'annexe n°1 à l'arrêté du Gouvernement wallon du 30 mai 2024 modifiant le Code réglementaire de l'Action sociale et la Santé et l'arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visée à l'article 43/7,1° du Code de l'action sociale et de la sante et à l'article 10/8 du Code règlementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé

☐ CADRE DE MARCHE OU CANNE DE MARCHE SUR ROUES	☐ COUSSIN ANTI-ESCARRES
☐ VOITURETTE MANUELLE/ELECTRONIQUE/SCOOTER ÉLECTRONIQUE (*à spécifier de manière facultative*)	☐ CHÂSSIS POUR SIÈGE-COQUILLE
☐ TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE	☐ SYSTÈME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE
☐ SYSTEME DE STATION DEBOUT	☐ ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT
☐ AIDE À LA PROPULSION PERSONNELLE MOTORISÉE	☐ AUTRE (PAR EX. SUR-MESURE) :

Il s'agit	☐ d'une première demande	☐ d'un renouvellement
L'utilisation est	☐ temporaire	☐ définitive
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 ou une canne de marche sur roues**, 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 **https://www.who.int/standards/classifications**

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Code qualificatif	Description globale et motivation
a) Se **déplacer à l'intérieur** (marcher sur de courtes distances)(< 1 km) CIF/d4500 / d4600	☐	☐ aucune difficulté ☐ en prenant appui ☐ avec une aide à la marche ☐ avec l'aide et le soutien d'une personne ☐ déplacements sans aide très difficiles ou impossibles *remarques*
b) Se **déplacer à l'extérieur** (marcher sur de longues distances)(> 1km) CIF/d4501 / d4602	☐	☐ aucune difficulté ☐ en prenant appui ☐ avec une aide à la marche ☐ avec l'aide et le soutien d'une personne ☐ déplacements sans aide très difficiles ou impossibles *remarques*
c) Rester **debout** (pendant un certain temps) CIF/d4154	☐	☐ 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 manuelle (force, coordination, endurance) CIF/ d440 / d445 / d465	☐	A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome **à l'intérieur** (se déplacer sur de courtes distances) ☐ Oui ☐ Non A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome **à l'extérieur** (se déplacer sur de longues distances) ☐ 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)**	☐	A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour pouvoir conduire un scooter électronique de manière autonome ☐ Oui ☐ Non *remarques*
e) Se **transférer** (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420	☐	☐ aucune difficulté ☐ en prenant appui ☐ avec l'aide et le soutien d'une personne ☐ très difficile ou impossible sans système de levage *remarques*

f) **Endurance** lors de l'utilisation de la voiturette manuelle **(A remplir pour une demande concernant <u>une aide à la propulsion personnelle</u> ou de manière facultative pour toutes les autres aides à la mobilité)**

☐

A l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome :
☐ Oui ☐ Non

L'endurance lors de l'usage d'une voiturette manuelle est limitée en raison de :

☐ Problèmes articulaires
☐ Problèmes cardiorespiratoires
☐ Problèmes neuromusculaires
☐ Problèmes musculaires

☐ Autres : ……

<u>Remarques</u>

g) Rester **assis**
(fonction assise globale)
CIF/d410, d4153

☐

☐ peut être assis de manière autonome sur un siège sans soutien ou sur le sol
☐ la position assise doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires
☐ position assise totalement passive

peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers
☐ Oui ☐ Non

peut changer de position de manière autonome et à intervalles réguliers
☐ Oui ☐ Non

<u>Remarques</u>

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

☐

☐ pas de problèmes cognitifs
☐ légère limitation des fonctions cognitives
☐ limitation modérée à grave des fonctions cognitives

<u>Remarques</u>

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

- ☐ postures anormales
- ☐ problèmes au niveau du siège ou du coccyx
- ☐ formation d'œdèmes
- ☐ incontinence
- ☐ problèmes dermatologiques, escarres
- ☐ autre :
- ☐ taille : poids :
- ☐ troubles de l'alimentation
- ☐ troubles au niveau de la sensibilité
- ☐ troubles au niveau du système respiratoire
- ☐ troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins
- ☐ troubles au niveau des structures anatomiques de la ceinture pelvienne

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

.....

⚠ *Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au technologue orthopédique en aide à la mobilité / bandagiste de son choix dans un délai de 2 mois s'il s'agit d'une première demande ou d'un forfait de location en maison de repos ou 6 mois s'il s'agit d'un renouvellement.*

Cadre réservé au technologue orthopédique / bandagiste :
date de réception du document : _ _ / _ _ / _ _ _ _

CADRES RÉSERVÉS AU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité :	**Remarques** *(à remplir de manière facultative)*
☐ pour des déplacements occasionnels	
☐ pour un usage quotidien restreint	
☐ pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
☐ 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 :……..... ……	

Objectif d'utilisation de l'aide à la propulsion :	**Remarques** *(à remplir de manière facultative)*
L'utilisation dépasse le caractère occasionnel ☐ OUI ☐ NON	

A remplir de manière facultative

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité *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: _ _ / _ _ / _ _ _ _

NOM et PRENOM (du bénéficiaire ou de son représentant)* :

……

*Signature du bénéficiaire (ou de son représentant *)*

.....

*Lien avec le bénéficiaire : ……

⚠ **Une fois complété par le médecin, le bénéficiaire doit remettre ce document au technologue orthopédique en aide à la mobilité / bandagiste de son choix dans un délai de :**
- 2 mois s'il s'agit d'une première demande ou d'un forfait de location en maison de repos
- 6 mois s'il s'agit d'un renouvellement