

Annexe 19bis (page 1 – recto)

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

(article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

!! 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) | |

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

A compléter par le dispensateur de soins qui envoie le bénéficiaire vers l'équipe multidisciplinaire

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nom du dispensateur agréé | |
| Numéro d'agrément auprès de l'INAMI | |
| Nom de l'entreprise | |
| Adresse de l'entreprise | |
| N° de téléphone, adresse e-mail | |
| N° d'entreprise | |

Raison de l'envoi vers une équipe multidisciplinaire

| | |
|--|---|
| <i>Demande d'un(e)</i> <input type="checkbox"/> voiturette pour enfants: <input type="checkbox"/> manuelle, <input type="checkbox"/> électronique <input type="checkbox"/> voiturette manuelle active <input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur <input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'extérieur <input type="checkbox"/> système de station debout | <input type="checkbox"/> tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes <input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette <input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée <input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure): |
|--|---|

Annexe 19bis (page 1 – verso)

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT RELATIF A L'UTILISATION D'UNE AIDE A LA MOBILITE

À compléter de manière multidisciplinaire

Ce rapport de fonctionnement est établi pour
(nom et prénom du bénéficiaire)

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) CIF/d4500 / d4600 | <input type="checkbox"/> | Peut marcher de façon fonctionnelle à l'intérieur – mains libres pour des activités <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut travailler debout de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u> |
| 2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602 | <input type="checkbox"/> | Peut marcher de façon fonctionnelle à l'extérieur : peut marcher de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut marcher de façon fonctionnelle sur terrain inégal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u> |

Annexe 19bis (page 2 – recto)

| | | |
|---|--------------------------|--|
| <p>3. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette CIF/d440 / d445 / d465</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur et à l'extérieur. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut uniquement se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat et à l'intérieur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p> |
| <p>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter CIF/d440 / d445 / d465</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Peut commander un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p> |
| <p>5. Maintien de la position debout CIF/d4154</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée en utilisant une aide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout avec le soutien d'une ou plusieurs personnes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ne peut pas tenir debout <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p> |
| <p>6. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête CIF/d4153 / d410</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Peut rester assis de manière autonome et prolongée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut changer de position de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p> |

Annexe 19bis (page 2 – verso)

| | | |
|---|--|--|
| <p>7. Exécution de transferts transfert dans/hors de la voiturette CIF/d420 / d4200</p> | <input type="checkbox"/> | <p>Peut se transférer de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut se transférer de manière autonome en prenant appui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut seulement se transférer avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'exécution de transferts est très difficile ou impossible sans aide ou système de levage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u></p> |
| <p>8. Troubles : Fonctions cognitives CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p> | <input type="checkbox"/> | <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez <input type="checkbox"/> orientation dans le temps <input type="checkbox"/> orientation dans l'espace <input type="checkbox"/> orientation personne <input type="checkbox"/> attention/concentration <input type="checkbox"/> mémoire <input type="checkbox"/> fonctions psychomotrices <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u></p> |
| <p>9. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette</p> | | |
| <p>9.1. Risque d'escarres</p> | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <p><input type="checkbox"/> Troubles de la sensibilité troubles trophiques, anomalies anatomiques, anomalies fonctionnelles, ... <input type="checkbox"/> Incontinence, allergie, transpiration, ... <input type="checkbox"/> 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, ... <u>remarques</u></p> |
| <p>9.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356</p> | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <p><input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u></p> |
| <p>9.3. Trouble : force musculaire CIF/b730</p> | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <p><input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u></p> |

Annexe 19bis (page 3 – recto)

| | | | |
|--|--|--|--|
| 9.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765 | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <u>remarques</u> | <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque |
| 9.5. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710 | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <u>remarques</u> | <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque |
| 9.6. Trouble: endurance et résistance à l'effort CIF/b410 / b440 / b455 / b740 | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> neuromusculaire <u>remarques</u> | <input type="checkbox"/> dépendance à l'O ₂ / respirateur <input type="checkbox"/> autre |
| 9.7. Taille & poids (si pertinent) | | <input type="checkbox"/> taille : <u>remarques</u> | <input type="checkbox"/> poids : |
| 9.8. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230 | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> sensibilité <u>Remarques</u> | <input type="checkbox"/> vue <input type="checkbox"/> ouïe |
| 9.9. Troubles : comportement CIF/d720 | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | <u>remarques</u> | |
| 10. Activités et participation | | | |
| 10.1 Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée : | Ménage jamais Ecole jamais Travail jamais Courses jamais Social jamais Culturel jamais Temps libre jamais Sport jamais Autre <u>remarques</u> | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> |

Annexe 19bis (page 3 – verso)

| | |
|---|---|
| <p>10.2 Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e)</p> | <p><input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> scooter électronique <u>remarques</u></p> |
| <p>10.3 Mobilité sur des "distances moyennes"</p> | |
| <p>10.3.1. Peut se servir d'une aide à la mobilité mécanique, telle que :</p> | <p><input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> vélo adapté <input type="checkbox"/> tricycle <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> tricycle à position assise ou couchée <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u></p> |
| <p>10.3.2. Peut seulement se servir d'une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que :</p> | <p><input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> système de traction pour voiturette <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> vélo avec moteur électrique <input type="checkbox"/> tricycle avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> handbike avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u></p> |
| <p>10.4 Transport sur de longues distances</p> | <p><input type="checkbox"/> utilise les transports en commun <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> conduit, de manière autonome, une voiture <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée transfert vers/hors <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide emporter, monter et démonter la voiturette <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'une voiture <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'un véhicule adapté pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> reste assis dans la voiturette dans le véhicule <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u></p> |
| <p>10.5 Facteurs environnementaux</p> | |
| <p>10.5.1. Habitation et environnement direct (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)</p> | <p><input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u></p> |
| <p>10.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement de travail (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)</p> | <p><input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u></p> |
| <p>10.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné) (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)</p> | <p><input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u></p> |
| <p>10.5.4. Visite à domicile</p> | <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par (nom) (fonction)</p> |

CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

| |
|--|
| |
|--|

Cet avis multidisciplinaire 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 |

Annexe 19bis (page 4 – verso)

CADRE RESERVE AU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

J'ai pris connaissance de ce document

Remarques :

Date : / /

Nom et signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal):