

 **Annexe 2 (page 1 – recto)**

# **Rapport de fonctionnement multidisciplinaire pour la demande d’une aide à la mobilité et/ou adaptations**

(Annexe 1 de 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 Santé et à l’article 10/8 du Code réglementaire Wallon de l’Action Sociale et de la Santé)

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

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix

#### 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) |  |

#### Identitification du dispensateur de soins agréé pour la délivrance d’aides à la mobilité

*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

|  |  |
| --- | --- |
| *Demande d’un(e)*[ ]  voiturette pour enfants: [ ]  manuelle, [ ]  électronique[ ]  voiturette manuelle active[ ]  voiturette électronique [ ]  scooter électronique pour l’intérieur et l’extérieur[ ]  scooter électronique pour l’extérieur[ ]  système de station debout | [ ]  tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes[ ]  renouvellement anticipé d’une voiturette[ ]  adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée[ ] autre (par ex. sur-mesure): |

 **Annexe 2 (page 1 – verso)**

#### Rapport de fonctionnement RELATIF A l’utilisation d'une aide à la mobilité

*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
 | 🞎 | 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* |
| * + - 1. **Se déplacer à l’extérieur(marcher sur de longues distances)**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* |

 **Annexe 2 (page 2 – recto)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurset 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’applicationPeut uniquement se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat et à l'intérieur [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ...[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut 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*remarques* |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurset 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* |
| * + - 1. **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 Ne peut pas tenir debout [ ]  Oui [ ]  Non *remarques* |
| * + - 1. **Maintien de la position assisey compris stabilité du tronc et de la tête**CIF/d4153 / d410
 | 🞎 | Peut rester assis de manière autonome et prolongée[ ]  Oui [ ]  Non Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis[ ]  Oui [ ]  Non Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis[ ]  Oui [ ]  Non Peut changer de position de manière autonome[ ]  Oui [ ]  Non *remarques* |

 **Annexe 2 (page 2 – verso)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * + - 1. **Exécution de transfertstransfert dans/hors de la voiturette**CIF/d420 / d4200
 | 🞎 | 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* |
| * + - 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* |
| * + - 1. **Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette**
 |
| * 1. Risque d'escarres
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  Troubles de la sensibilitétroubles 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* |
| * 1. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie)CIF/b735 / b7356
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |
| * 1. Trouble : force musculaireCIF/b730
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |

 **Annexe 2 (page 3 – recto)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontairesCIF/b760 / b765
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |
| * 1. Trouble : contractures ou ankyloseCIF/b710
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque *remarques* |
| * 1. Trouble: endurance et résistance à l'effortCIF/b410 / b440 / b455 / b740
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  cardiorespiratoire [ ]  dépendance à l'O2 / respirateur[ ]  neuromusculaire [ ]  autre*remarques* |
| * 1. Taille & poids*(si pertinent)*
 |  | [ ]  taille : [ ]  poids : *remarques* |
| * 1. Trouble : fonctions sensoriellesCIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230
 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  sensibilité [ ]  vue [ ]  ouïe*Remarques* |
| * 1. Troubles : comportementCIF/d720
 | [ ]  Non[ ]  Oui | *remarques* |
| * + - 1. **Activités et participation**
 |
| * 1. Activités pour lesquelles l’aide à la mobilité demandée sera utilisée :
 | Ménage [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisEcole [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisTravail [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisCourses [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisSocial [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisCulturel [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisTemps libre [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisSport [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisAutre …………………………………………….*remarques* |

 **Annexe 2 (page 3 – verso)**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. 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*remarques* |
| * 1. Mobilité sur des “distances moyennes”
 |  |
| 10.3.1. Peut se servir d’une aide à la mobilité mécanique, telle que : | [ ]  cadre de marche [ ]  voiturette manuelle[ ]  vélo adapté [ ]  tricycle[ ]  handbike [ ]  tricycle à position assise ou couchée[ ]  autre*remarques* |
| 10.3.2. 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* |
| * 1. 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*remarques* |
| * 1. Facteurs environnementaux
 |
| 10.5.1. Habitation et environnement direct (en rapport avec l’aide à la mobilité demandée) | [ ]  accessible [ ]  non accessible[ ]  de manière autonome [ ]  accompagnement d'un tiers nécessaire*remarques* |
| 10.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement de travail(en rapport avec l’aide à la mobilité demandée) | [ ]  accessible [ ]  non accessible[ ]  de manière autonome [ ]  accompagnement d'un tiers nécessaire*remarques* |
| 10.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné) (en rapport avec l’aide à la mobilité demandée) | [ ]  accessible [ ]  non accessible[ ]  de manière autonome [ ]  accompagnement d'un tiers nécessaire*remarques* |
| 10.5.4. Visite à domicile | [ ]  Non[ ]  Oui, par ………………………………………................. (nom) …………………………………………………... (fonction) |

 **Annexe 2 (page 4 – recto)**

#### Conclusion et proposition de l’équipe multidisciplinaire

|  |
| --- |
|  |

*Cet avis multidisciplinaire a été établi par :*

|  |
| --- |
| Date: □□ / □□ / □□□□ |
| Médecin(médecin-rééducateur) | NomNuméro d’agrément | Signature |
| Kinésithérapeute | NomNuméro d’agrément | Signature |
| ou Ergothérapeute | Nom | Signature |
| Autre(description de la fonction) | Nom | Signature |

 **Annexe 2 (page 4 – verso)**

#### Cadre réservé au bénéficiaire

*A compléter par le bénéficiaire*

|  |
| --- |
| [ ]  J'ai pris connaissance de ce document**Remarques** : |
| Date : □□ / □□ / □□□□*Nom et signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal): .....................................................* |