

**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 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  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  *remarques* |
| * + - 1. **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* |
| * + - 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 assise y 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 transferts transfert 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 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* |
| * 1. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356 | | Non  Oui | | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* |
| * 1. Trouble : force musculaire CIF/b730 | | Non  Oui | | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* |

**Annexe 2 (page 3 – recto)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765 | Non  Oui | | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* |
| * 1. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710 | Non  Oui | | membres supérieurs  membres inférieurs  tronc  tête/nuque  *remarques* |
| * 1. Trouble: endurance et résistance à l'effort CIF/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 sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230 | Non  Oui | | sensibilité  vue  ouïe  *Remarques* |
| * 1. Troubles : comportement CIF/d720 | Non  Oui | | *remarques* |
| * + - 1. **Activités et participation** | |
| * 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 …………………………………………….  *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) | Nom  Numéro d’agrément | Signature |
| Kinésithérapeute | Nom  Numéro 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): .....................................................* |