

**Annexe 1 (page 1 – recto)**

# **Prescription médicale pour 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 !!***

⚠ **Une fois complété par le médecin et le bénéficiaire, le bénéficiaire doit remettre ce document au bandagiste 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) |  |
| *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 1 de l’arrêté du gouvernement wallon du 11/04/2019 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** |
| cadre de marche | 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 |
| appareil de station debout | Adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment |
| 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 |  |

**Annexe 1 (page 1 – verso)**

#### 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****, 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 **www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm**

**Annexe 1 (page 2 – recto)**

*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)  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)  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  (force, coordination et endurance)  CIF/d410 / d440 / d445 / d465 | 🞎 | peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers  Oui  Non  peut changer de position de manière autonome  Oui  Non  peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome  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)** | 🞎 | peut conduire un scooter électronique  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 aide  *remarques* |
| f Rester **assis**  (fonction assise dans la voiturette)  CIF/d4153 | 🞎 | peut être assis de manière autonome dans la voiturette  la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires  position assise totalement passive  *remarques* |
| g 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  *remarques* |

**Annexe 1 (page 2 – verso)**

#### 4. Informations complémentaires

*A remplir de manière facultative*

|  |  |
| --- | --- |
| postures anormales | troubles de l'alimentation |
| problèmes au niveau du siège ou du coccyx | troubles au niveau de la sensibilité |
| formation d'œdèmes | troubles au niveau du système respiratoire |
| incontinence | troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins |
| problèmes dermatologiques, escarres |
| autre |  |

#### 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*: □□ / □□/ □□□□  ⚠ *Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au bandagiste de son choix.*  *Celui-ci reste valable*   * *2 mois en cas de première demande et* * *6 mois en cas de renouvellement.*   *Signature du médecin prescripteur*  ........................................................ | *Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur* |

**Annexe 1 (page 3)**

#### 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 faire le ménage |  |
| 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:…………………………………......  ……………………………………………. |  |

*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*: □□/ □□ / □□□□ *Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)*  ........................................................  ⚠ ***Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au bandagiste de son choix.***  ***Celui-ci reste valable***   * ***2 mois en cas de première demande*** * ***6 mois en cas de renouvellement.*** |