|  |
| --- |
| **Rapport de motivation pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations** |

|  |
| --- |
| **Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire** |

#### 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) |  |
| Numéro d'inscription |  |
| Le bénéficiaire séjourne à l’adresse suivante (remplir si différente du domicile) |

# *A compléter par le technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste.*

#### Typologie générale de l’aide à la mobilité (version de base)

Ce rapport de motivation est établi pour

(nom et prénom du bénéficiaire)

Le présent rapport concerne une seconde voiturette et/ou un second coussin (412078/412089)

* Oui 🞎 Non

|  |  |
| --- | --- |
| Groupe principal : |  |
| Sous-groupe : |  |
| Numéro de nomenclature : |  |
| Motivation : |  |

#### Typologie générale des adaptations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Numéro de nomenclature** | **Motivation** |
| **Membres inférieurs** |  |  |
| **Membres supérieurs** |  |  |
| **Positionnement****(siège-dossier)** |  |  |
| **Sécurité** |  |  |
| **Conduite/propulsion** |  |  |
| **Adaptations spécifiques** |  |  |
| **Système de commande avec contrôle de l'environnement****(intervention uniquement pour les personnes dont le handicap est survenu avant 65 ans)** |  |  |

#### Sur-mesure

|  |
| --- |
| * Ce rapport de motivation concerne une (des) prestation(s) sur-mesure suivante(s) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Motivation : |

**Pour une demande relative à une canne de marche sur roues, un rapport de motivation venant d'un thérapeute d'un centre de rééducation doit être joint.**

#### Identification du technologue orthopedique en aides a la mobilite

Le présent avis est formulé par :

|  |  |
| --- | --- |
| Technologue orthopédique en aides à la mobilité | Nom : Numéro d’identification :  |
| Date :  | Signature :  |

**Test de l’aide à la mobilité** (uniquement obligatoire pour les voiturettes électroniques, les scooters électroniques intérieur/extérieur et extérieur et les aides à la propulsion

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Test effectué préalablement à la consultation d’une équipe multidisciplinaire : ☐ Oui ☐ Non* Le test de l’aide à la mobilité a eu lieu le ……………………………………………………………………………………………………..

**Aide à la mobilité :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Voiturette électronique | ☐ Scooter électronique  | ☐ Aide à la propulsion |
|  ☐ Intérieur |  ☐ Intérieur |  |
|  ☐ Intérieur-extérieur |  ☐ Intérieur-extérieur |  |
|  ☐ Extérieur |  ☐ Extérieur |  |

Testé : ☐ À la maison ☐ En institution ☐ Au travail ☐ Ailleurs : **Modèle(s) testé(s) :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Motivation du choix :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Description de l'utilisateur** : ☐ Première utilisation ☐ Utilisateur expérimenté

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fonction de la main** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne | ☐ Pas d'application |
| Autres possibilités de conduite :  |
| **Aptitude à la conduite** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne |  |
| **Compréhension de l'utilisation** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne |  |
| **Aptitude en matière de circulation** | ☐ Insuffisante | ☐ Suffisante | ☐ Bonne |  |
| **Transferts**  | ☐ Autonome | ☐ Avec assistance |  |  |
| **Chargement de l'appareil** | ☐ Autonome | ☐ Avec assistance |  |  |

 **Objectif d'utilisation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ À la maison | ☐ À l'extérieur | ☐ Courtes distances |
| ☐ Longues distances | ☐ Vie sociale / temps libre | ☐ Courses |
| ☐ Travail/formation |  |  |

**Fréquence d'utilisation :** ☐ Permanente ☐ Quotidienne ☐ Plusieurs jours par semaine**Durée d'utilisation :** ☐ Pendant de courtes périodes ☐ Pendant de longues périodes**Accessibilité au logement :** ☐ Avec l'aide de tiers ☐ Autonome ☐ Via garage/porte**Peut ranger l’appareil :** ☐ Oui ☐ Non**Spécifications de l’habitation :**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Remarques supplémentaires :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Remarques de l'utilisateur (facultatif) :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  |