|  |
| --- |
| **Rapport de fonctionnement multidisciplinaire pour la demande d’une aide à la mobilité et/ou adaptations****A remettre par le bénéficiaire au technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste de son choix** |

|  |
| --- |
| **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) |  |

**Identification du technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste**

*A compléter par le technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste qui oriente le bénéficiaire vers l’équipe multidisciplinaire*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste |  |
| Numéro d’agrément  |  |
| Nom de l’entreprise |  |
| Adresse de l’entreprise |  |
| N° de téléphone, adresse e-mail |  |
| N° d’entreprise |  |

Raison de l'orientation 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[ ]  aide à la mobilité non nomenclaturée (par ex. aide à la propulsion) : ……………………………… | [ ]  tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes[ ]  renouvellement anticipé d’une voiturette[ ]  adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée[ ]  unité d'assise modulaire adaptable[ ]  châssis pour unité d'assise modulaire adaptable[ ]  Système de commande avec contrôle environnemental[ ]  voiturette sur-mesure |

**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 <https://www.who.int/standards/classifications>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FONCTION** | **CODE QUALIFICATIF CIF** | **DESCRIPTION** |
| * + - 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.[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut se servir d'une voiturette manuelle l'extérieur[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain accidenté[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’application*remarques* |
| * + - 1. **Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette électronique** CIF/d440/d445/d465
 | 🞎 | Peut 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, ...[ ]  Ou [ ]  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. **Fonction des membres supérieurset fonctions restantes en rapport avec l’utilisation d’une aide à la propulsion motorisée**CIF/d440 / d445 / d465
 | 🞎 | Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type joystick[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée avec amplification ou activateur de mouvements[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’applicationPeut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type 5ème roue motorisée[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Pas d’application*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 sur un siège sans dossier[ ]  Oui [ ]  Non Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis sur un siège sans dossier[ ]  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* |
| **6. 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* |
| **7.Troubles : endurance et résistance à l'effort**CIF/b410 / b440 / b455 / b740 | 🞎 | [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, précisez

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  cardiorespiratoire  | [ ]  articulaire |
| [ ]  neuromusculaire | [ ]  musculaire |
| [ ]  autre  | [ ]  dépendance à l'O2 / respirateur |

*remarques* |
| **8. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette** |
| 8.1. 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* |
| 8.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie)CIF/b735 / b7356 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |
| 8.3. Trouble : force musculaireCIF/b730 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |
| 8.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontairesCIF/b760 / b765 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |
| 8.5. Trouble : contractures ou ankyloseCIF/b710 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  membres supérieurs [ ]  membres inférieurs[ ]  tronc [ ]  tête/nuque*remarques* |
| 8.6. Taille & poids*(si pertinent)* |  | [ ]  taille : [ ]  poids : *remarques* |
| 8.7. Trouble : fonctions sensoriellesCIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230 | [ ]  Non[ ]  Oui | [ ]  sensibilité [ ]  vue [ ]  ouïe*remarques* |
| 8.8. Troubles : comportementCIF/d720 | [ ]  Non[ ]  Oui | *remarques* |
| **9. Activités et participation** |
| 9.1. Activités pour lesquelles l’aide à la mobilité demandée sera utilisée :  | Domicile [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisEcole [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisTravail [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisCourses [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisSocial [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisCulturel [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisSport [ ]  toujours [ ]  souvent [ ]  occasionnellement [ ]  jamaisAutre …………………………………………….*remarques* |
| 9.2. Mobilité sur de "courtes distances"Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e) | [ ]  cadre de marche [ ]  voiturette manuelle[ ]  canne de marche sur roues [ ]  scooter électronique[ ]  voiturette électronique [ ]  aide à la propulsion*remarques* |
| 9.3. Mobilité sur des longues distances |
| 9.3.1. 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[ ]  canne de marche sur roues [ ]  autre[ ]  pas d'application*remarques* |
| 9.3.2. 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 [ ]  aide à la propulsion*remarques* |
| 9.3.3. Transport  | [ ]  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* |
| 9.4. Facteurs environnementaux |
| 9.4.1. 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* |
| 9.4.2. 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* |
| 9.4.3. 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* |
| 9.4.4. Visite à domicile | [ ]  Non[ ]  Oui, par : ………………………………………................. (nom) …………………………………………………...... (fonction) |

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

|  |
| --- |
|  |

*Cet avis multidisciplinaire a été établi par :*

|  |
| --- |
| Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Médecin(médecin-rééducateur) | NomNuméro d’agrément | Signature |
| Ergothérapeute ou kinésithérapeute | NomNuméro d’agrément | Signature |
| Autre(description de la fonction) | NomNuméro d’agrément | Signature |

**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 (indiquer le lien avec le bénéficiaire): ................................................................................................ |