



ANNEXE 1 – Aides matérielles individuelles

Evaluation médicale de la perte d'autonomie dans le cadre d'une demande d'intervention en aides matérielles individuelles (Annexe médicale)

DONNÉES D'IDENTIFICATION

Apposez ici une vignette de votre organisme assureur :

Ou (si vous n'avez pas de vignette à disposition)

Nom¹ : M. Mme. Autre

Prénom(s)¹ :

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Numéro de Registre national (au verso de votre carte d'identité) : __ __ . __ __ . __ __ - __ __ __ . __ __

PARTIE DESTINEE A VOTRE MEDECIN

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

certifie que,

présente la ou les **pathologie(s)** suivantes :

.....
.....
.....

Date(s) (ou année) du début des limitations fonctionnelles :

.....

¹ Ecrivez votre nom en majuscules et ne renseignez que vos prénoms officiels.

1. Perte de fonction au niveau des membres inférieurs et/ou supérieurs

Une perte de fonction au **membre inférieur** :

MI Gauche Nulle Légère Modérée Grave Complète
MI Droit Nulle Légère Modérée Grave Complète

Possibilité de se lever ou de se redresser seul Autonome Avec aide partielle Avec aide totale

Une perte de fonction au **membre supérieur** :

MS Gauche Nulle Légère Modérée Grave Complète
MS Droit Nulle Légère Modérée Grave Complète

Usage des 2 mains Diminution de la force Spasticité
 Trouble de coordination / dyspraxie sévère Affection articulaire / déformation

Une perte de fonction au niveau du dos, de la colonne vertébrale ou du bassin :

Nulle Légère Modérée Grave Complète

2. Positionnement, transfert et déplacement

Cette perte induit des limitations fonctionnelles au niveau :

Maintien position assise (Stabilité du tronc) Sans appui Avec appui dorsal
 Impossible, même avec un appui

Maintien station debout Sans appui Autonome avec appui
 Impossible, même avec un appui

Transfert du lit Autonome Avec aide partielle Avec aide totale

Transfert dans la baignoire Autonome Avec aide partielle Avec aide totale

Transfert vers une aide au déplacement (Voiturette, scooter, voiture, ...)
 Autonome Avec aide partielle Avec aide totale

La personne se déplace à l'aide de :

Sans aide Béquilles / Canne Cadre de marche
 Voiturette ou châssis Autre :

Si la personne est dépendante d'une voiturette ou d'une orthèse d'assise avec châssis, elle l'est :

- Sporadiquement Une grande partie de la journée Toute la journée (dépendance totale)

3. Perte de la tolérance à l'exercice

- Nulle Légère Modérée Grave

Origine :

- Cardio-pulmonaire Neurologique Obésité morbide
 Autre :

4. Evaluation de risque d'escarres

Type d'échelle d'évaluation de risque d'escarres utilisée :(ex. Braden, Waterlow, ...)

Score obtenu :

Risque évalué : Léger Modéré Grave

La personne a un antécédent d'escarres : Oui Non

La personne passe heures par jour en position couchée.

5. Déficience auditive

Surdité gauche	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Totale
Surdité droite	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Totale

La personne répond aux conditions de remboursement de l'INAMI² pour :

- Appareil auditif Implant cochléaire

6. Déficience visuelle

	Gauche	Droit
Acuité visuelle	___ / 10	___ / 10
Champ visuel	___ %	___ %

Autres informations pertinentes en lien avec la déficience visuelle :

.....
.....

² Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, article 31 - Nomenclature des audiciens

7. Incontinence

La personne présente :

Une incontinence urinaire nocturne	<input type="checkbox"/>
Une incontinence urinaire diurne et nocturne avec une acquisition ou récupération partielle de la propreté	<input type="checkbox"/>
Une incontinence urinaire sévère diurne et nocturne et/ou incontinence fécale sans utilisation de sondes nécessitant des produits absorbants quasiment en continu	<input type="checkbox"/>
Une incontinence sévère (jour et nuit) avec utilisation de sondes ou du matériel d'incontinence visé à l'article 27 de la nomenclature des prestations de santé	<input type="checkbox"/>

8. Informations complémentaires (champ libre) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SIGNATURE DU MEDECIN

Date : ___ / ___ / _____

Signature et cachet du médecin :