

## Prescription médicale pour une aide à la mobilité et/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)                            |                     |

*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 SELON LA NOMENCLATURE....   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHÉ   | <input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES   |
| <input type="checkbox"/> CANNE DE MARCHÉ SUR ROUES   | <input type="checkbox"/> CHASSIS POUR UNITÉ D'ASSISE MODULAIRE ADAPTABLE                     |
| <input type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE / ELECTRONIQUE / SCOOTER ELECTRONIQUE<br>(à spécifier de manière facultative) | <input type="checkbox"/> SYSTEME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE |
| <input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE   | <input type="checkbox"/> CHASSIS POUR SIEGE-COQUILLE   |
| <input type="checkbox"/> SYSTEME DE STATION DEBOUT   | <input type="checkbox"/> ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DELIVREE PRECEDEMMENT           |
| <input type="checkbox"/> VOITURETTE SUR-MESURE   |  |

Autres aides réservées exclusivement aux personnes dont le handicap est survenu avant l'âge de 65 ans :

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SECONDE VOITURETTE                           | <input type="checkbox"/> SECOND COUSSIN                                       |
| <input type="checkbox"/> AUTRE (PAR EX. AIDE À LA PROPULSION) : ..... | <input type="checkbox"/> SYSTÈME DE COMMANDE AVEC CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT |

|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| Il s'agit                    | <input type="checkbox"/> d'une première demande   | <input type="checkbox"/> d'un renouvellement                 |
| L'utilisation est            | <input type="checkbox"/> temporaire   | <input type="checkbox"/> définitive                          |
| L'utilisation est nécessaire | <input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée<br><input type="checkbox"/> en permanence | <input type="checkbox"/> une partie importante de la journée |

## 2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE

|  |
|--|
| <p><b>Date du début de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap :</b><br/> Le handicap est consécutif à un accident <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br/> Le bénéficiaire a une perte de capacité physique d'au moins 30% survenue avant l'âge de 65 ans :<br/> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ne dispose pas d'informations suffisantes</p> |
| <p><b>Diagnostic</b> et description de la <b>situation médicale actuelle</b><br/> <i>Ou joindre en annexe un rapport médical récent/actualisé</i><br/> <i>En cas d'affection unilatérale, préciser s'il s'agit du côté droit ou gauche.</i></p>  |
| <p><b>Pronostic concernant la mobilité</b><br/> <i>A court terme:</i></p> <p><i>Sur 5 ans:</i></p>   |

## 3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Pour une demande concernant un cadre de marche et une canne de marche sur roues, remplir **uniquement** les rubriques a, b et c.

Pour une demande concernant une adaptation d'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 <https://www.who.int/standards/classifications>

Toutes les rubriques doivent être remplies !

| Fonctions / Activités et participation   | Code qualificatif        | Description globale et motivation   |
|--|--------------------------|---|
| a. Se <b>déplacer à l'intérieur</b><br>(marcher sur de courtes distances)<br>(<1km)<br>CIF/d4500 / d4600   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> aucune difficulté<br><input type="checkbox"/> en prenant appui<br><input type="checkbox"/> avec une aide à la marche<br><input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne<br><input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles<br><br><u>Remarques</u>  |
| b. Se <b>déplacer à l'extérieur</b><br>(marcher sur de longues distances)<br>(>1km)<br>CIF/d4501 / d4602   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> aucune difficulté<br><input type="checkbox"/> en prenant appui<br><input type="checkbox"/> avec une aide à la marche<br><input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne<br><input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles<br><br><u>Remarques</u>  |
| c. Rester <b>debout</b><br>(pendant un certain temps)<br>CIF/d4154   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> aucune difficulté<br><input type="checkbox"/> en prenant appui<br><input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne<br><input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide<br><br><u>Remarques</u>   |
| d. Utilisation <b>des mains et des bras</b> dans la voiturette<br>(force, coordination et endurance)<br>CIF/d410 / d440 / d445 / d465<br><br><br>Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel<br><b>(A remplir en sus pour une demande concernant un scooter électronique)</b> | <input type="checkbox"/> | A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome à l'intérieur (se déplacer sur de courtes distances)<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><br>A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome à l'extérieur (se déplacer sur de longues distances)<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><br><u>Remarques</u><br><br><br>A la force et la coordination nécessaire pour pouvoir conduire un scooter électronique de manière autonome<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br><br><u>Remarques</u> |

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| <p>e. <b>Se transférer</b><br/>(transfert dans/hors de la voiturette)<br/>CIF/d420</p>   | <input type="checkbox"/> | <p> <input type="checkbox"/> aucune difficulté<br/> <input type="checkbox"/> en prenant appui<br/> <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne<br/> <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide ou système de levage         </p> <p><u>Remarques</u></p>  |
| <p>f. Endurance lors de l'utilisation de la voiturette manuelle<br/><b>(A remplir pour une demande concernant une aide à la propulsion personnelle ou de manière facultative pour toutes les autres aides à la mobilité)</b></p> | <input type="checkbox"/> | <p>A l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>L'endurance lors de l'usage d'une voiturette manuelle est limitée en raison de :</p> <p> <input type="checkbox"/> Problèmes articulaires<br/> <input type="checkbox"/> Problèmes cardiorespiratoires<br/> <input type="checkbox"/> Problèmes neuromusculaires<br/> <input type="checkbox"/> Problèmes musculaires<br/> <input type="checkbox"/> Autres : .....         </p> <p><u>Remarques</u></p>  |
| <p>g. Rester <b>assis</b><br/>(fonction assise globale)<br/>CIF/d410, d4153</p>  | <input type="checkbox"/> | <p> <input type="checkbox"/> peut être assis de manière autonome sur un siège sans dossier<br/> <input type="checkbox"/> la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires<br/> <input type="checkbox"/> position assise totalement passive         </p> <p>peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>peut changer de position de manière autonome et à intervalles réguliers</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>Remarques</u></p> |
| <p>h. Fonctions <b>cognitives</b><br/>CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>   | <input type="checkbox"/> | <p> <input type="checkbox"/> pas de problèmes cognitifs<br/> <input type="checkbox"/> légère limitation des fonctions cognitives<br/> <input type="checkbox"/> limitation modérée à grave des fonctions cognitives         </p> <p><u>Remarques</u></p>  |



Iriscare

**Pour une demande concernant, un système de commande avec contrôle de l'environnemental et autre (par ex. aide à la propulsion), remplir en complément du tableau précédent les items suivants :**

| Fonctions                                       | Description globale   |
|---|---|
| Perte de fonction au membre inférieur           | <b>MI Gauche :</b><br><input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète<br><br><b>MI Droit :</b><br><input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète<br><br><i>Remarques</i> |
| Possibilité de se lever ou de se redresser seul | <input type="checkbox"/> Autonome<br><input type="checkbox"/> Avec aide partielle<br><input type="checkbox"/> Avec aide totale<br><br><i>Remarques</i>  |
| Perte de fonction au membre supérieur           | <b>MS Gauche :</b><br><input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète<br><br><b>MS Droit :</b><br><input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète<br><br><i>Remarques</i> |
| Usage des 2 mains                               | <input type="checkbox"/> Diminution de la force <input type="checkbox"/> Spasticité<br><input type="checkbox"/> Trouble de coordination / dyspraxie sévère<br><input type="checkbox"/> Affection articulaire / déformation<br><br><i>Remarques</i>  |

#### 4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> postures anormales                        | <input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation   |
| <input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx | <input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité                                   |
| <input type="checkbox"/> formation d'œdèmes                        | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire                             |
| <input type="checkbox"/> incontinence                              | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins                   |
| <input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres       | <input type="checkbox"/> troubles au niveau des structures anatomiques de la ceinture pelvienne |
| <input type="checkbox"/> poids :                                   | <input type="checkbox"/> taille :   |
| <input type="checkbox"/> autre :                                   |   |



**5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION D'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: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

*Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur*

*Signature du médecin prescripteur*



Iriscare

**CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE : A compléter par le bénéficiaire**

| Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité   | Remarques (à remplir de manière facultative) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels                              |  |
| <input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint                               |  |
| <input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée |  |
| <input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale.               |  |
| <input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation                         |  |
| <input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente         |  |
| <input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule                             |  |
| <input type="checkbox"/> autre : .....   |  |

A remplir de manière facultative

| <b>Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité</b><br><i>Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande</i> |  |
|--|--|
| Particularités de l'habitation   |  |
| Particularités de la formation ou de l'enseignement  |  |
| Particularités de l'environnement de travail   |  |
| Activités sociales   |  |
| Autre  |  |

|  |   |
|--|---|
| Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   | <i>Signature du bénéficiaire ou de son représentant</i><br><i>Nom, prénom du représentant et le lien avec le bénéficiaire :</i><br>.....<br>..... |
| <b>Ce document reste valable :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 mois pour un forfait de location en maison de repos (et de soins)</li><li>- 2 mois en cas de première demande</li><li>- 6 mois en cas de renouvellement</li></ul> |   |

⚠ A remettre par le bénéficiaire au technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste de son choix