

Annexe 19 (page 1 – recto)

PRESCRIPTION MEDICALE POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

(article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'inscription	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le médecin prescripteur

1. PRESCRIPTION

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 un moyen de déplacement approprié.

Ce document est une prescription pour :

- un cadre de marche
- une voiturette – un châssis
- un appareil de station debout
- un tricycle orthopédique
- une adaptation à une aide à la mobilité déjà délivrée
- un coussin anti-escarres
- un système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise

Il concerne: une première demande
 un renouvellement

2. DIAGNOSTIC

Date du début de l'affection ou de l'événement à la base du handicap:
Le handicap est consécutif à un accident: OUI – NON

Annexe 19 (page 1 – verso)

Diagnostic qui est à la base de la présente prescription:

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

- A court terme:

- Sur 5 ans:

3. EVALUATION DE LA DUREE D'UTILISATION DE L'AIDE

L'utilisation est:	<input type="checkbox"/> TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> DEFINITIVE
L'utilisation est nécessaire :	<input type="checkbox"/> UNE PARTIE LIMITEE DE LA JOURNEE <input type="checkbox"/> UNE PARTIE IMPORTANTE DE LA JOURNEE <input type="checkbox"/> EN PERMANENCE
Remarques éventuelles	

4. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITE DU BENEFICIAIRE

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 déjà délivrée, 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

Annexe 19 (page 2 – recto)

L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si le bénéficiaire entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.

Fonction	Code qualificatif ¹	Description globale et motivation (entourer ce qui convient ou décrire) ²
a Se déplacer à l'intérieur d4600 (marcher sur de courtes distances)		(aucune difficulté, à l'aide d'un appui, avec une aide à la marche, avec l'aide d'une personne, déplacements sans aide très difficiles ou impossibles, ...)
b Se déplacer à l'extérieur d4602 (marcher sur de longues distances)		aucune difficulté, à l'aide d'un appui, avec une aide à la marche, avec l'aide d'une personne, déplacements sans aide très difficiles ou impossibles, ...
c Rester debout d4154 (pendant un certain temps)		aucune difficulté, à l'aide d'un appui, avec l'aide d'une personne, très difficile ou impossible sans aide, ...
d Utilisation des mains et des bras d445 (se soulever, changer de position, propulsion personnelle d'une voiturette manuelle/électronique,...)		peut / ne peut pas se soulever de manière autonome peut / ne peut pas changer de position de manière autonome peut / ne peut pas propulser/conduire une voiturette manuelle/électronique de manière indépendante
e Se transférer d420		transfert dans/hors de la voiturette : autonome / avec aide / très difficile / impossible sans aide
f Rester assis d4153		maintien de la position assise: autonome / avec appui / position assise complètement passive/...
g Fonctions cognitives Etat de veille, attention, orientation espace/temps,...		

¹ Doit obligatoirement être complété et/ou entouré

² Doit obligatoirement être complété et/ou entouré

Annexe 19 (page 2 – verso)

Informations complémentaires (le cas échéant)

par ex. postures anormales, problème au niveau du siège ou du coccyx, formation d'œdèmes, incontinence, troubles de l'alimentation, trouble au niveau de la sensation, troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins, troubles au niveau du système respiratoire, problèmes dermatologiques, escarres, ...

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DEJA DELIVREE EST DEMANDEE

Quelles sont les limitations nécessitant l'ajout d'une ou plusieurs adaptations à l'aide à la mobilité déjà délivrée ?

6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLEMENTAIRES

Date et signature	Cachet avec numéro INAMI
	Médecin prescripteur

Annexe 19 (page 3)

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité³:	<input type="checkbox"/> pour se déplacer occasionnellement <input type="checkbox"/> pour s'y asseoir quotidiennement au cours de la journée <input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale <input type="checkbox"/> pour participer à la vie sociale <input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation <input type="checkbox"/> pour faire du sport ou se détendre <input type="checkbox"/> autre:
--	---

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité (description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande)	
Situation de la maison	
Particularités de la maison	
Particularités de la formation ou de l'enseignement	
Particularités du travail	
Activités sociales	

Date:/...../..... Signature du bénéficiaire:.....
--

³ Cocher ce qui convient