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 ORTHOPEDIQUE EN AIDES A LA MOBILITE / 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 A LA MOBILITE

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 supérieurs et 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'application Peut se servir d'une voiturette manuelle l'extérieur ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application Peut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain accidenté ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application *remarques*

2. 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'application
Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ...
☐ Ou ☐ Non ☐ Pas d'application
Peut 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

3. Fonction des membres supérieurs et 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

4. Fonction des membres supérieurs et 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'application
Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée avec amplification ou activateur de mouvements
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application
Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type 5ème roue motorisée
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application
remarques

5. Maintien de la position assise y 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'O_2 / respirateur

remarques

8. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette

8.1. Risque d'escarres

☐ Non
☐ Oui

☐ Troubles de la sensibilité
troubles 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 musculaire
CIF/b730

☐ Non
☐ Oui

☐ membres supérieurs
☐ membres inférieurs
☐ tronc
☐ tête/nuque

remarques

8.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765	☐ Non ☐ Oui	☐ membres supérieurs ☐ membres inférieurs ☐ tronc ☐ tête/nuque *remarques*
8.5. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710	☐ Non ☐ Oui	☐ membres supérieurs ☐ membres inférieurs ☐ tronc ☐ tête/nuque *remarques*
8.6. Taille & poids *(si pertinent)*		☐ taille : ☐ poids : *remarques*
8.7. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230	☐ Non ☐ Oui	☐ sensibilité ☐ vue ☐ ouïe *remarques*
8.8. Troubles : comportement CIF/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 ☐ jamais Ecole ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Travail ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Courses ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Social ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Culturel ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Sport ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais Autre …… *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'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Cet avis multidisciplinaire a été établi par :

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Médecin (médecin-rééducateur)	Nom Numéro d'agrément	Signature
Ergothérapeute ou kinésithérapeute	Nom Numéro d'agrément	Signature
Autre (description de la fonction)	Nom Numéro d'agrément	Signature

CADRE RESERVE AU BENEFICIAIRE : *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):
.....