Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

Annexe 2

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS

(Annexe n°1 à l'arrêté du Gouvernement wallon du 30 mai 2024 modifiant le Code réglementaire de l'Action sociale et la Santé et l'arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visée à l'article 43/7,1° du Code de l'action sociale et de la sante et à l'article 10/8 du Code règlementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé)

!!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!!

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

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)	

IDENTITIFICATION DU TECHNOLOGUE ORTHOPEDIQUE EN AIDES À LA MOBILITÉ AGRÉÉ POUR LA DÉLIVRANCE D'AIDES À LA MOBILITÉ

A compléter par le technologue orthopédique en aide à la mobilité / bandagiste qui oriente le bénéficiaire vers l'équipe multidisciplinaire

Nom du technologue orthopédique	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
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 ☐ aide à la propulsion personnelle	☐ système de station debout ☐ tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes ☐ renouvellement anticipé d'une voiturette ☐ adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée ☐ autre (par ex. 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 supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette manuelle 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 à l'extérieur. ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'application Peut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat ☐ 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, ... ☐ Oui ☐ 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 guidon ☐ 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 ☐ Oui ☐ Non Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis ☐ 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 ☐ dépendance à l'O_2 / respirateur ☐ neuromusculaire ☐ autre ☐ articulaire ☐ musculaire *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 ☐ canne de marche sur roues ☐ voiturette manuelle ☐ voiturette électronique ☐ scooter électronique ☐ aide à la propulsion personnelle motorisée *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 ☐ canne de marche sur roues ☐ voiturette manuelle ☐ vélo adapté ☐ tricycle ☐ handbike ☐ tricycle à position assise ou couchée ☐ 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 ☐ vélo avec moteur électrique ☐ scooter électronique ☐ handbike avec moteur auxiliaire ☐ tricycle avec moteur auxiliaire ☐ aide à la propulsion personnelle motorisée ☐ autre *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)	Nom Numéro d'agrément	Signature
Kinésithérapeute	Nom Numéro d'agrément	Signature
ou Ergothérapeute	Nom	Signature
Autre (description de la fonction)	Nom	Signature

CADRE RÉSERVÉ AU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

☐ J'ai pris connaissance de ce document

Remarques :

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

NOM et PRENOM (du bénéficiaire ou de son représentant *) : ……

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant*) : ……

* *lien avec le bénéficiaire* : ……