



## Confection d'un nouveau fût (à motiver)

- Après une intervention chirurgicale sur le moignon concerné
- Après un important changement morphologique du moignon, des parties molles ou des structures osseuses
- Allergies cutanées ou autres formes d'hypersensibilité
- Accélération de croissance pubertaire

Motivation :

Avis de l'équipe multidisciplinaire <sup>1</sup>Médecin/équipe multidisciplinaire <sup>1</sup>

Nom médecin spécialiste	Numéro d'agrément	Signature
Nom ergothérapeute ou kinésithérapeute	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature

Date:

Adresse et numéro d'identification du centre de rééducation auquel le prescripteur est lié<sup>1</sup>

## Volet technique

## A compléter par le prothésiste

Je soussigné, prothésiste, déclare par la présente avoir effectué les tests nécessaires en vue d'une prothèse myoélectrique chez le patient précité, en date du ..... / ..... / ....., et affirme qu'il/elle dispose du myopotential suffisant grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de coordonner les différentes fonctions disponibles

Nom + adresse du prothésiste	Numéro d'agrément	Signature
------------------------------	-------------------	-----------

Date:

<sup>1</sup> Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire ; pour un renouvellement à signer seulement par le médecin spécialiste, cf. liste art. 29, § 12, 4.2