

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

*Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire.
A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix*

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

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

Nom et prénom du bénéficiaire :

Date de naissance :

Adresse (domicilie) :

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

Cadre de marche

Voiturette manuelle/électronique/scooter électronique (à spécifier de manière facultative)

Châssis pour siège-coquille

Coussin anti-escarres

Tricycle orthopédique

Dossier modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise

Appareil de station debout

Adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment

Autre (pe. sur mesure):

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.

FONCTIONS/ACTIVITÉS ET PARTICIPATION

Toutes les rubriques doivent être remplies !

a) Se **déplacer à l'intérieur** (marcher sur des courtes distances) CIF/d4500 / d4600

Code qualificatif : []

[] aucune difficulté

[] en prenant appui

[] avec une aide à la marche

[] avec l'aide et le soutien d'une personne

[] Déplacements sans aide très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

b) Se **déplacer à l'extérieur** (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602

Code qualificatif : []

[] aucune difficulté

[] en prenant appui

[] avec une aide à la marche

[] avec l'aide et le soutien d'une personne

[] Déplacement sans aide très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

c) Rester **debout** (pendant un certain temps) CIF/d4154

Code qualificatif : []

[] aucune difficulté

[] en prenant appui

[] avec l'aide et le soutien d'une personne

[] très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

.....

- d) Utilisation **des mains et des bras** dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465

Code qualificatif : []

- peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers
[] oui [] non
- peut changer de position de manière autonome
[] oui [] non
- peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome
[] oui [] non

Remarques

.....

.....

Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel

A remplir en sus pour une demande concernant un scooter électronique

Code qualificatif : []

- Peut conduire un scooter électronique
[] oui [] non

Remarques

.....

.....

- e) Se **transférer** (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420

Code qualificatif : []

- [] aucune difficulté
- [] en prenant appui
- [] avec l'aide et le soutien d'une personne
- [] très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

.....

- f) Rester **assis** (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153

Code qualificatif : []

- [] peut être assis de manière autonome dans la voiturette
- [] position assise totalement passive
- [] la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires

Remarques

.....

g) Fonctions **cognitives** CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176

Code qualificatif : []

- [] pas de problèmes cognitifs
- [] légère limitation des fonctions cognitives
- [] limitation modérée à grave des fonctions cognitives

Remarques

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

- [] postures anormales
- [] problèmes au niveau du siège ou du coccyx
- [] formation d'œdèmes
- [] incontinence
- [] problèmes dermatologiques, escarres
- [] autre :
- [] troubles de l'alimentation
- [] troubles au niveau de la sensibilité
- [] troubles au niveau du système respiratoire
- [] troubles au niveau du cœur ou de vaisseaux sanguins

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION À 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 :

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

OBJECTIF D'UTILISATION DE L'AIDE À LA MOBILITÉ

- pour des déplacements occasionnels
- pour un usage quotidien restreint
- pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée
- pour faire le ménage
- pour participer à la vie familiale et/ou sociale
- pour travailler ou suivre une formation
- pour participer à des activités sportives et de détente
- comme place assise dans un véhicule
- autre :

Remarques

.....

.....

FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ

A remplir de manière facultative.

Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande.

Particularités de l'habitation :

Particularités de la formation ou de l'enseignement :

Particularités de l'environnement de travail :

Activités sociales :

Autre :

Date :

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)

.....