

Annexe 19bis (page 1 – recto)

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS
(article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

!! 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 (domicile)	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	□□□□□□-□□□-□□
Mutualité (nom ou numéro)	

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

A compléter par le dispensateur de soins qui envoie le bénéficiaire vers l'équipe multidisciplinaire

Nom du dispensateur agréé	
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'envoi vers une équipe multidisciplinaire

<i>Demande d'un(e)</i> <input type="checkbox"/> voiturette pour enfants: <input type="checkbox"/> manuelle, <input type="checkbox"/> électronique <input type="checkbox"/> voiturette manuelle active <input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur <input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'extérieur <input type="checkbox"/> système de station debout	<input type="checkbox"/> tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes <input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette <input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée <input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure):
--	---

Annexe 19bis (page 1 – verso)

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 www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

FONCTION	CODE QUALIFICATIF CIF	DESCRIPTION
1. Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances) CIF/d4500 / d4600	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'intérieur – mains libres pour des activités <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut travailler debout de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u>
2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'extérieur : peut marcher de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut marcher de façon fonctionnelle sur terrain inégal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u>

Annexe 19bis (page 2 – recto)

<p>3. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur et à l'extérieur. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut uniquement se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat et à l'intérieur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>5. Maintien de la position debout CIF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée en utilisant une aide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout avec le soutien d'une ou plusieurs personnes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ne peut pas tenir debout <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>6. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête CIF/d4153 / d410</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut rester assis de manière autonome et prolongée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut changer de position de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>

Annexe 19bis (page 2 – verso)

<p>7. Exécution de transferts transfert dans/hors de la voiturette CIF/d420 / d4200</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut se transférer de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut se transférer de manière autonome en prenant appui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut seulement se transférer avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'exécution de transferts est très difficile ou impossible sans aide ou système de levage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u></p>
<p>8. Troubles : Fonctions cognitives CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez <input type="checkbox"/> orientation dans le temps <input type="checkbox"/> orientation dans l'espace <input type="checkbox"/> orientation personne <input type="checkbox"/> attention/concentration <input type="checkbox"/> mémoire <input type="checkbox"/> fonctions psychomotrices <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u></p>
<p>9. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette</p>		
<p>9.1. Risque d'escarres</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Troubles de la sensibilité troubles trophiques, anomalies anatomiques, anomalies fonctionnelles, ... <input type="checkbox"/> Incontinence, allergie, transpiration, ... <input type="checkbox"/> 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, ... <u>remarques</u></p>
<p>9.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u></p>
<p>9.3. Trouble : force musculaire CIF/b730</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u></p>

Annexe 19bis (page 3 – recto)

9.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque		
<u>remarques</u>					
9.5. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque		
<u>remarques</u>					
9.6. Trouble: endurance et résistance à l'effort CIF/b410 / b440 / b455 / b740	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> neuromusculaire	<input type="checkbox"/> dépendance à l'O ₂ / respirateur <input type="checkbox"/> autre		
<u>remarques</u>					
9.7. Taille & poids (si pertinent)	<input type="checkbox"/> taille :	<input type="checkbox"/> poids :			
<u>remarques</u>					
9.8. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> sensibilité	<input type="checkbox"/> vue <input type="checkbox"/> ouïe		
<u>Remarques</u>					
9.9. Troubles : comportement CIF/d720	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<u>remarques</u>			
10. Activités et participation					
10.1 Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :	Ménage	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Ecole	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Travail	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Courses	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Social	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Culturel	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Temps libre	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Sport	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais
	Autre				
<u>remarques</u>					

Annexe 19bis (page 4 – recto)

CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Cet avis multidisciplinaire a été établi par :

Date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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

Annexe 19bis (page 4 – verso)

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 légal):