

**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 ORTHOPÉDIQUE 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

<p><i>Demande d'un(e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> voiturette pour enfants : <input type="checkbox"/> manuelle <input type="checkbox"/> électronique</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle active</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette électronique</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> système de station debout</p> <p><input type="checkbox"/> aide à la mobilité non nomenclaturée (par ex. aide à la propulsion) :</p>	<p><input type="checkbox"/> tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes</p> <p><input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette</p> <p><input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée</p> <p><input type="checkbox"/> unité d'assise modulaire adaptable</p> <p><input type="checkbox"/> châssis pour unité d'assise modulaire adaptable</p> <p><input type="checkbox"/> Système de commande avec contrôle environnemental</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette sur-mesure</p>
---	---

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.
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application
		Peut se servir d'une voiturette manuelle l'extérieur
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application
		Peut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain accidenté
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application
		<u>remarques</u>

<p>2. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette électronique CIF/d440/d445/d465</p>	<input type="checkbox"/>	<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"/> Ou <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>3. 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>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec l'utilisation d'une aide à la propulsion motorisée CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type joystick <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée avec amplification ou activateur de mouvements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type 5^{ème} roue motorisée <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 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 sur un siège sans dossier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis sur un siège sans dossier <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>

6. Troubles : Fonctions cognitives CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez <input type="checkbox"/> orientation dans le temps <input type="checkbox"/> orientation personne <input type="checkbox"/> mémoire <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> orientation dans l'espace <input type="checkbox"/> attention/concentration <input type="checkbox"/> fonctions psychomotrices
7. Troubles : endurance et résistance à l'effort CIF/b410 / b440 / b455 / b740	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez <input type="checkbox"/> cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> neuromusculaire <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> articulaire <input type="checkbox"/> musculaire <input type="checkbox"/> dépendance à l'O ₂ / respirateur
8. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette			
8.1. Risque d'escarres	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<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>	
8.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque
8.3. Trouble : force musculaire CIF/b730	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque

8.4. 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>	
8.5. 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>	
8.6. Taille & poids (si pertinent)	<input type="checkbox"/> taille : <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> poids :			
8.7. 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>	
8.8. Troubles : comportement CIF/d720	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<u>remarques</u>			
9. Activités et participation					
9.1. Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :	Domicile Ecole Travail Courses Social Culturel Sport Autre	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> jamais
<u>remarques</u>					
9.2. Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e)	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> canne de marche sur roues <input type="checkbox"/> voiturette électronique	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> aide à la propulsion	<u>remarques</u>		

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
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):

.....