



## Prescription médicale pour une aide à la mobilité et/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)	

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....	
<input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHÉ	<input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES
<input type="checkbox"/> CANNE DE MARCHÉ SUR ROUES	<input type="checkbox"/> CHÂSSIS POUR UNITÉ D'ASSISE MODULAIRE ADAPTABLE
<input type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE / ÉLECTRONIQUE / SCOOTER ÉLECTRONIQUE (à spécifier de manière facultative)	<input type="checkbox"/> SYSTÈME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE
<input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE	<input type="checkbox"/> CHÂSSIS POUR SIÈGE-COQUILLE
<input type="checkbox"/> SYSTÈME DE STATION DEBOUT	<input type="checkbox"/> ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT
<input type="checkbox"/> VOITURETTE SUR-MESURE	

Autres aides réservées exclusivement aux personnes dont le handicap est survenu avant l'âge de 65 ans :

<input type="checkbox"/> SECONDE VOITURETTE	<input type="checkbox"/> SECOND COUSSIN
---	---



AUTRE (PAR EX. AIDE À LA PROPULSION) : .....

SYSTÈME DE COMMANDE AVEC CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

Iriscare

Il s'agit	<input type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée	<input type="checkbox"/> une partie importante de la journée
	<input type="checkbox"/> en permanence	

## 2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE

Date du début de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap :

Le handicap est consécutif à un accident  OUI  NON

Le bénéficiaire a une perte de capacité physique d'au moins 30% survenue avant l'âge de 65 ans :

OUI  NON  ne dispose pas d'informations suffisantes

### Diagnostic et description de la situation médicale actuelle

*Ou joindre en annexe un rapport médical récent/actualisé*

*En cas d'affection unilatérale, préciser s'il s'agit du côté droit ou gauche.*

### Pronostic concernant la mobilité

*A court terme:*

*Sur 5 ans:*

## 3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Pour une demande concernant un cadre de marche et une canne de marche sur roues, remplir uniquement les rubriques a, b et c.

 Pour une demande concernant une adaptation d'une aide à la mobilité délivrée précédemment ou en cas de renouvellement anticipé d'un coussin anti-escarres, passer au point 5.

Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques du bénéficiaire ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation qui en découlent. À cet effet, il décrit de manière détaillée un certain nombre de fonctions de l'appareil locomoteur sur base du système de codes de la CIF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. (\*)

**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.

(\*) Informations complémentaires disponibles sur le site <https://www.who.int/standards/classifications>



Toutes les rubriques doivent être remplies !

Iriscare Fonctions / Activités et participation	Code qualificatif	Description globale et motivation
a. Se <b>déplacer à l'intérieur</b> (marcher sur de courtes distances) (<1km) CIF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles  <u>Remarques</u>
b. Se <b>déplacer à l'extérieur</b> (marcher sur de longues distances) (>1km) CIF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles  <u>Remarques</u>
c. Rester <b>debout</b> (pendant un certain temps) CIF/d4154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide  <u>Remarques</u>
d. Utilisation <b>des mains et des bras</b> dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome à l'intérieur (se déplacer sur de courtes distances) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome à l'extérieur (se déplacer sur de longues distances) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <u>Remarques</u>
Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel <b>(A remplir en sus pour une demande concernant un scooter électronique)</b>	<input type="checkbox"/>	A la force et la coordination nécessaire pour pouvoir conduire un scooter électronique de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <u>Remarques</u>



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

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

Remarques

f. Endurance lors de l'utilisation de la voiturette manuelle  
**(A remplir pour une demande concernant une aide à la propulsion personnelle ou de manière facultative pour toutes les autres aides à la mobilité)**

A l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome :

- Oui     Non

L'endurance lors de l'usage d'une voiturette manuelle est limitée en raison de :

- Problèmes articulaires
- Problèmes cardiorespiratoires
- Problèmes neuromusculaires
- Problèmes musculaires
- Autres : .....

Remarques

g. Rester **assis**  
(fonction assise globale)  
CIF/d410, d4153

- peut être assis de manière autonome sur un siège sans dossier
- la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires
- position assise totalement passive

peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers

- Oui     Non

peut changer de position de manière autonome et à intervalles réguliers

- Oui     Non

Remarques

h. Fonctions **cognitives**  
CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 /  
b147 / b160 / b164 / b176

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

Remarques

**Pour une demande concernant une seconde voiturette, un second coussin, un système de commande avec contrôle de l'environnemental et autre (par ex. aide à la propulsion), remplir en complément du tableau précédent les items suivants :**

Fonctions	Description globale
-----------	---------------------



Perte de fonction au membre inférieur

**MI Gauche :**

Nulle  Légère  Modérée  Grave  Complète

**MI Droit :**

Nulle  Légère  Modérée  Grave  Complète

Remarques

Possibilité de se lever ou de se redresser seul

Autonome  
 Avec aide partielle  
 Avec aide totale

Remarques

Perte de fonction au membre supérieur

**MS Gauche :**

Nulle  Légère  Modérée  Grave  Complète

**MS Droit :**

Nulle  Légère  Modérée  Grave  Complète

Remarques

Usage des 2 mains

Diminution de la force  Spasticité  
 Trouble de coordination / dyspraxie sévère  
 Affection articulaire / déformation

Remarques

#### 4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

*A remplir de manière facultative*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> postures anormales                        | <input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation   |
| <input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx | <input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité                                   |
| <input type="checkbox"/> formation d'œdèmes                        | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire                             |
| <input type="checkbox"/> incontinence                              | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins                   |
| <input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres       | <input type="checkbox"/> troubles au niveau des structures anatomiques de la ceinture pelvienne |
| <input type="checkbox"/> poids :                                   | <input type="checkbox"/> taille :   |
| <input type="checkbox"/> autre :                                   |   |

#### 5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION D'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 RÉSERVÉS AU BÉNÉFICIAIRE**

*A compléter par le bénéficiaire*

<b>Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité</b>	<b>Remarques (à remplir de manière facultative)</b>
<input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	



<input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale.	
<input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation	
<input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente	
<input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule	
<input type="checkbox"/> autre : .....	

A remplir de manière facultative

<b>Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité</b>	
<i>Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande</i>	
Particularités de l'habitation	
Particularités de la formation ou de l'enseignement	
Particularités de l'environnement de travail	
Activités sociales	
Autre	

*Signature du bénéficiaire ou de son représentant  
Nom, prénom du représentant et le lien avec le  
bénéficiaire :*

.....  
.....

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

**Ce document reste valable :**

- 2 mois pour un forfait de location en maison de repos (et de soins)
- 2 mois en cas de première demande
- 6 mois en cas de renouvellement



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