Iriscare

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....

- ☐ CADRE DE MARCHE
- ☐ CANNE DE MARCHE SUR ROUES
- ☐ VOITURETTE MANUELLE / ELECTRONIQUE / SCOOTER ELECTRONIQUE (*à spécifier de manière facultative*)
- ☐ TRICYCLE ORTHOPEDIQUE
- ☐ SYSTEME DE STATION DEBOUT
- ☐ VOITURETTE SUR-MESURE
- ☐ COUSSIN ANTI-ESCARRES
- ☐ CHASSIS POUR UNITE D'ASSISE MODULAIRE ADAPTABLE
- ☐ SYSTEME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE
- ☐ CHASSIS POUR SIEGE-COQUILLE
- ☐ ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DELIVREE PRECEDEMMENT

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

- ☐ SECONDE VOITURETTE
- ☐ AUTRE (PAR EX. AIDE À LA PROPULSION) : .....
- ☐ SECOND COUSSIN
- ☐ SYSTÈME DE COMMANDE AVEC CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

Il s'agit	☐ d'une première demande	☐ d'un renouvellement
L'utilisation est	☐ temporaire	☐ définitive
L'utilisation est nécessaire	☐ une partie limitée de la journée ☐ en permanence	☐ une partie importante de la journée

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

Iriscare

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Code qualificatif	Description globale et motivation
a. Se **déplacer à l'intérieur** (marcher sur de courtes distances) (<1km) CIF/d4500 / d4600	☐	☐ aucune difficulté ☐ en prenant appui ☐ avec une aide à la marche ☐ avec l'aide et le soutien d'une personne ☐ déplacements sans aide très difficiles ou impossibles *Remarques*
b. Se **déplacer à l'extérieur** (marcher sur de longues distances) (>1km) CIF/d4501 / d4602	☐	☐ aucune difficulté ☐ en prenant appui ☐ avec une aide à la marche ☐ avec l'aide et le soutien d'une personne ☐ déplacements sans aide très difficiles ou impossibles *Remarques*
c. Rester **debout** (pendant un certain temps) CIF/d4154	☐	☐ 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	☐	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) ☐ Oui ☐ 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) ☐ 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)**	☐	A la force et la coordination nécessaire pour pouvoir conduire un scooter électronique de manière autonome ☐ Oui ☐ Non *Remarques*

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, 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

☐ postures anormales	☐ troubles de l'alimentation
☐ problèmes au niveau du siège ou du coccyx	☐ troubles au niveau de la sensibilité
☐ formation d'œdèmes	☐ troubles au niveau du système respiratoire
☐ incontinence	☐ troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins
☐ problèmes dermatologiques, escarres	☐ troubles au niveau des structures anatomiques de la ceinture pelvienne
☐ poids :	
☐ autre :	☐ taille :

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

Iriscare

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE : *A compléter par le bénéficiaire*

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité	**Remarques** *(à remplir de manière facultative)*
☐ pour des déplacements occasionnels	
☐ pour un usage quotidien restreint	
☐ pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
☐ 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 :	

A remplir de manière facultative

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité *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
Nom, prénom du représentant et le lien avec le bénéficiaire :
.....
.....

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**