

Annexe 2 (page 1 – recto)

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS

(Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement Wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visée à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire Wallon de l'Action Sociale et de la Santé)

!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix

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 DISPENSATEUR DE SOINS AGRÉÉ POUR LA DÉLIVRANCE D'AIDES À LA MOBILITÉ

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

<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"/> 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"/> autre (par ex. sur-mesure):</p>
---	--

Annexe 2 (page 1 – verso)

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT RELATIF A L'UTILISATION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ

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

Annexe 2 (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 2 (page 2 – verso)

7. Exécution de transferts transfert dans/hors de la voiturette CIF/d420 / d4200	<input type="checkbox"/>	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>
8. 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 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>
9. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette		
9.1. 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>
9.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u>
9.3. Trouble : force musculaire CIF/b730	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> tête/nuque <u>remarques</u>

Annexe 2 (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 <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque
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 <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque
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 <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> dépendance à l'O ₂ / respirateur <input type="checkbox"/> autre
9.7. Taille & poids (si pertinent)		<input type="checkbox"/> taille : <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> poids :
9.8. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> sensibilité <u>Remarques</u>	<input type="checkbox"/> vue <input type="checkbox"/> ouïe
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 jamais Ecole jamais Travail jamais Courses jamais Social jamais Culturel jamais Temps libre jamais Sport jamais Autre <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/>

Annexe 2 (page 3 – verso)

10.2 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"/> voiturette électronique <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> scooter électronique
10.3 Mobilité sur des "distances moyennes"		
10.3.1. Peut se servir d'une aide à la mobilité mécanique, telle que :	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> vélo adapté <input type="checkbox"/> handbike couchée <input type="checkbox"/> autre <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> tricycle <input type="checkbox"/> tricycle à position assise ou
10.3.2. Peut seulement se servir d'une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que :	<input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> tricycle avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> autre <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> système de traction pour voiturette <input type="checkbox"/> vélo avec moteur électrique <input type="checkbox"/> handbike avec moteur auxiliaire
10.4 Transport sur de longues distances	<input type="checkbox"/> utilise les transports en commun <input type="checkbox"/> conduit, de manière autonome, une voiture transfert vers/hors emporter, monter et démonter la voiturette <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'une voiture <input type="checkbox"/> reste assis dans la voiturette dans le véhicule <input type="checkbox"/> autre <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée
10.5 Facteurs environnementaux		
10.5.1. Habitation et environnement direct (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire
10.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement de travail (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire
10.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné) (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <i>remarques</i>	<input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire
10.5.4. Visite à domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par (fonction)	(nom)

Annexe 2 (page 4 – recto)

CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'ÉQUIPE 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
Kinésithérapeute	Nom Numéro d'agrément	Signature
ou Ergothérapeute	Nom	Signature
Autre (description de la fonction)	Nom	Signature

Annexe 2 (page 4 – verso)

CADRE RÉSERVÉ AU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire

J'ai pris connaissance de ce document

Remarques :

Date : / /

Nom et signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal):