



Annexe 1 (page 1 – recto)

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR 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)	

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(S) SELON L'ANNEXE 1 DE L'ARRÊTÉ DU GOUVERNEMENT WALLON DU 11/04/2019 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	
☐ CADRE DE MARCHÉ ☐ VOITURETTE MANUELLE/ELECTRONIQUE/SCOOTER ÉLECTRONIQUE (à spécifier de manière facultative) ☐ TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE ☐ APPAREIL DE STATION DEBOUT ☐ AUTRE (PAR EX. SUR-MESURE) :	☐ COUSSIN ANTI-ESCARRES ☐ CHÂSSIS POUR SIÈGE-COQUILLE ☐ SYSTÈME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE ☐ ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT

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	☐ une partie importante de la journée
	☐ 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

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, remplir uniquement les rubriques a, b et c.

Pour une demande concernant une adaptation à 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 www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

Annexe 1 (page 2 – recto)

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) 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 <u>remarques</u>
b Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) 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 <u>remarques</u>
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 <u>remarques</u>
d Utilisation des mains et des bras dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465	☐	peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers ☐ Oui ☐ Non peut changer de position de manière autonome ☐ Oui ☐ Non peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome ☐ Oui ☐ Non <u>remarques</u>
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)	☐	peut conduire un scooter électronique ☐ Oui ☐ 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 <u>remarques</u>
f Rester assis (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153	☐	☐ peut être assis de manière autonome dans la voiturette ☐ la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires ☐ position assise totalement passive <u>remarques</u>
g 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 <u>remarques</u>

Signature du médecin prescripteur

CADRES RÉSERVÉS AU BÉNÉFICIAIRE*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 faire le ménage	
☐ 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	
<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	

Date: / /	Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)
---	---