



## **Annexe 2**

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

(Annexe n°1 à l'arrêté du Gouvernement wallon du 30 mai 2024 modifiant le Code réglementaire de l'Action sociale et la Santé et 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 technologue orthopédique en aide à la mobilité / bandagiste 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 TECHNOLOGUE ORTHOPÉDIQUE EN AIDES À LA MOBILITÉ AGRÉÉ POUR LA DÉLIVRANCE D'AIDES À LA MOBILITÉ**

*A compléter par le technologue orthopédique en aide à la mobilité / bandagiste qui oriente le bénéficiaire vers l'équipe multidisciplinaire*

Nom du technologue orthopédique	
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'orientation vers une équipe multidisciplinaire

<i>Demande d'un(e)</i>		
<input type="checkbox"/> voiturette pour enfants :	<input type="checkbox"/> manuelle, <input type="checkbox"/> électronique	<input type="checkbox"/> système de station debout
<input type="checkbox"/> voiturette manuelle active		<input type="checkbox"/> tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes
<input type="checkbox"/> voiturette électronique		<input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette
<input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur		<input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée
<input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'extérieur		<input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure) :
<input type="checkbox"/> aide à la propulsion personnelle		

## **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
<b>1. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette manuelle</b> CIF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	<p>Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'extérieur.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut se servir d'une voiturette manuelle sur terrain accidenté</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>Remarques</u></p>
<b>2. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette électronique</b> CIF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick</p> <p><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, ...</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>Remarques</u></p>
<b>3. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter</b> CIF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander un scooter électronique</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>Remarques</u></p>
<b>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec l'utilisation d'une aide à la propulsion motorisée</b> CIF/d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander une aide à la propulsion personnelle motorisée de type joystick</p> <p><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</p> <p><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 guidon</p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>Remarques</u></p>

<p><b>5. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête</b> CIF/d4153 / d410</p>		<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>
<p><b>6. Troubles : Fonctions cognitives</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>		<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>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</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>7. Troubles : endurance et résistance à l'effort</b> CIF/b410 / b440 / b455 / b740</p>		<p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :  <input type="checkbox"/> cardiorespiratoire      <input type="checkbox"/> dépendance à l'O<sub>2</sub> / respirateur  <input type="checkbox"/> neuromusculaire      <input type="checkbox"/> autre  <input type="checkbox"/> articulaire  <input type="checkbox"/> musculaire</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>8. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette</b></p>		
<p>8.1. Risque d'escarres</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> Troubles de la sensibilité  <input type="checkbox"/> 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, ...</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>8.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> membres supérieurs      <input type="checkbox"/> membres inférieurs  <input type="checkbox"/> tronc      <input type="checkbox"/> tête/nuque</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>8.3. Trouble : force musculaire CIF/b730</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p><input type="checkbox"/> membres supérieurs      <input type="checkbox"/> membres inférieurs  <input type="checkbox"/> tronc      <input type="checkbox"/> tête/nuque</p> <p><u>remarques</u></p>

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  <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque	
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  <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque	
8.6. Taille & poids ( <i>si pertinent</i> )		<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  <u>Remarques</u>	<input type="checkbox"/> vue <input type="checkbox"/> ouïe	
8.8. Troubles : comportement CIF/d720	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	 <u>remarques</u>		
<b>9. Activités et participation</b>				
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"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> jamais
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"/> aide à la propulsion personnelle motorisée  <u>Remarques</u>	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> scooter électronique	
9.3. Mobilité sur des longues distances				
9.3.1. Peut se servir d'une aide à la mobilité mécanique, telle que :	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> canne de marche sur roues <input type="checkbox"/> vélo adapté <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> pas d'application  <u>Remarques</u>	<input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> tricycle <input type="checkbox"/> tricycle à position assise ou couchée		

9.3.2. Peut seulement se servir d'une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que :	<input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> vélo avec moteur électrique <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> handbike avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> tricycle avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> aide à la propulsion personnelle motorisée <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>
9.3.3. Transport	<input type="checkbox"/> utilise les transports en commun <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> conduit, de manière autonome, une voiture <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée transfert vers/hors <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide emporter, monter et démonter la voiturette <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'une voiture <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'un véhicule adapté pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> reste assis dans la voiturette dans le véhicule <input type="checkbox"/> autre <u>remarques</u>
9.4. Facteurs environnementaux	
9.4.1. Habitation et environnement direct (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
9.4.2. 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"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
9.4.3. 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"/> non accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire <u>remarques</u>
9.4.4. Visite à domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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
Kinésithérapeute	Nom Numéro d'agrément	Signature
ou Ergothérapeute	Nom	Signature
Autre (description de la fonction)	Nom	Signature

## **CADRE RÉSERVÉ AU BÉNÉFICIAIRE**

*A compléter par le bénéficiaire*

J'ai pris connaissance de ce document

**Remarques :**

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

NOM et PRENOM (du bénéficiaire ou de son représentant \*) : .....

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant\*) : .....

\* *lien avec le bénéficiaire* : .....