

Prescription médicale pour la remise d'un fauteuil roulant

Remarques générales : la prescription médicale pour la remise d'un fauteuil roulant doit uniquement être complétée dans le cas d'un nouvel équipement ou de modification de l'état de santé (régression et progression). Ce formulaire doit être transmis au fournisseur de prestations en charge de la réalisation.

| Identité du patient : | | | |
|-------------------------|--|----------|-------|
| Nom : | | Prénom : | |
| Nr. AVS/Nr. d'assurée : | | | DDN : |

| Degré d'handicap de la personne assurée | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|
|   | (DH I) <input type="checkbox"/> | La personne marche sur de courtes distances sans aide ou avec une canne. Elle parcourt les longues distances uniquement en fauteuil roulant, év. avec propulsion électrique, un scooter électrique ou avec fauteuil roulant électrique. |   |
|   | (DH III) <input type="checkbox"/> | Aucune capacité de marche. La personne est entièrement dépendante du fauteuil roulant pour se déplacer de manière autonome. Fauteuil roulant manuel, év. avec propulsion électrique ou fauteuil roulant électrique doté de commandes standard. |   |
| | | | (DH II) <input type="checkbox"/> |
| | | | (DH IV) <input type="checkbox"/> |

*Cannes-béquilles, déambulateurs, prothèses, orthèses, etc.

| Période d'utilisation | Durée | Oui | Non |
|------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|
| Remise de longue durée | > 1 an | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 1. | Position du bassin | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1.1 | La personne assurée peut-elle contrôler elle-même la stabilité de son bassin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un coussin d'assise simple |
| 1.2 | La personne assurée a-t-elle des mouvements incontrôlés du bassin dans le fauteuil ou a besoin d'un bon positionnement pour mobiliser ses membres supérieurs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un coussin de positionnement / élément de maintien / stabilisation du bassin |
| 1.3 | Existe-t-il un risque d'escarre dans la région du siège ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un coussin anti-escarre / élément de maintien / stabilisation du bassin |
| 1.2.1 | La personne assurée a-t-elle besoin d'une fixation du bassin pour des raisons de sécurité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour élément de stabilisation du bassin |
| | Si « oui » au point 1.1 ou 1.2 cumulé avec l'une des conditions suivantes : | | | |
| 1.3.1 | Sensibilité réduite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un coussin anti-escarre |
| 1.3.2 | Anomalie anatomique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un coussin anti-escarre |
| 1.3.3 | Mauvais état de santé général (p. ex. cachexie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un coussin anti-escarre |

| 2. | Stabilité du tronc | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 2.1 | La personne assurée a-t-elle besoin d'un simple soutien pour stabiliser son tronc ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour élément de stabilisation du tronc |
| 2.2 | La personne assurée a-t-elle besoin de plus qu'un simple soutien pour stabiliser/décharger/diriger le tronc ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un dossier spécial |

| 3. | Tête | | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-----|---|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 3.1 | La personne assurée nécessite-t-elle un soutien pour stabiliser la tête ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour une remise individuelle |
| | 3.1.1 | Un soutien simple est-il nécessaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un appui-tête standard |
| | 3.1.2 | La personne assurée a-t-elle besoin de stabilisation/décharge/guidage pour contrôler sa tête ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un appui-tête spécial |
| | 3.1.3 | Transport en fauteuil roulant dans un véhicule (voiture privée, transport de personnes handicapées) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L'appui-tête n'est pas pris en charge par l'Al. |

| 4. | Membres inférieurs | | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-----|---|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 4.1 | La personne assurée présente-t-elle une abduction réduite au niveau des hanches ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un plot d'abduction |
| 4.2 | La personne assurée présente-t-elle une adduction réduite au niveau des hanches ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour guidage / stabilisation des jambes |
| 4.3 | La personne assurée présente-t-elle une flexion insuffisante du genou (< 60 degrés) ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un repose-pieds réglable en angle |
| | 4.3.1 | Fauteuil roulant électrique : la personne assurée est assise toute la journée dans le fauteuil roulant électrique et ne peut pas changer la position de ses jambes sans réglage électrique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un repose-pieds réglable en angle, électrique |
| 4.4 | La personne assurée a-t-elle besoin de soutien pour contrôler ses jambes ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour guide / stabilisation / fixation de la jambe |
| 4.5 | Existe-t-il des malformations, des contractures ou des amputations importantes pour la fourniture ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un guide jambe / élément de maintien / stabilisation / rembourrage pour jambes / rembourrage pour pieds / repose-pieds pour amputé ou repose-moignon |

| 5. | Membres supérieurs | | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-----|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 5.1 | La personne assurée peut-elle en raison d'un handicap moteur et/ou sensoriel utiliser elle-même le fauteuil roulant manuel uniquement avec des mains courantes spéciales ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour des cerceaux spéciaux |
| 5.2 | La personne assurée a-t-elle besoin d'un repose-main et/ou d'un accoudoir anatomique au lieu d'un accoudoir standard ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un repose-main et/ou un accoudoir anatomique |
| 5.3 | La personne assurée a-t-elle besoin de soutien pour contrôler ses bras ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un guide bras / élément de maintien / stabilisation / élément d'immobilisation pour bras |
| 5.4 | La personne assurée, qui n'a pas une stabilité suffisante du tronc, a-t-elle besoin d'une table pour fauteuil roulant au quotidien (p. ex. manger, communiquer, etc.) ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour une table pour fauteuil roulant |

| 6. | Questions d'ordre général | | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-----|---|--------|--------------------------|--------------------------|--|
| 6.1 | La personne assurée est-elle incontinente ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour des housses de remplacement |
| 6.2 | Des fournitures hygiéniques supplémentaires sont-elles nécessaires en raison de l'alimentation par sonde, vomissements, salivation accrue ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour des housses de remplacement |
| 6.3 | La personne assurée mesure-t-elle moins de 150 cm ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un fauteuil roulant pour enfants |
| 6.4 | La personne assurée a un poids supérieur à ? | | | | |
| | 6.4.1 | 140 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un fauteuil roulant manuel XXL |
| | 6.4.2 | 160 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un fauteuil roulant manuel XXL / un fauteuil roulant électrique XXXL |
| | 6.4.3 | 180 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour un fauteuil roulant manuel et/ou électrique XXXL |
| 6.5 | La personne assurée a-t-elle besoin d'une protection spéciale contre les intempéries ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour une cape de pluie, un toit de pluie, un sac calorifère |
| 6.6 | La personne assurée a-t-elle besoin d'une aide au transfert (p. ex. planche de transfert, plateau tournant) ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour une aide de transfert |
| 6.7 | Existe-t-il un schéma moteur pathologique (hypertonie ou hypotonie) ? À indiquer uniquement pour les appareillages pour enfants | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour une assise inclinable (uniquement sur les fauteuils roulants pour enfants) |

| 6. | Questions d'ordre général | Oui | Non | Option d'appareillage |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 6.8 | La personne assurée a-t-elle besoin de dispositifs médicaux complémentaires ? Si oui, lesquels ? Veuillez indiquer ici le dispositif complémentaire : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Option pour des fixations/sac pour appareils de respiration et articles d'hygiène |

Diagnostic, remarques et justification du médecin concernant des exigences spécifiques pour la remise du fauteuil roulant :

Rempli par médecin physiothérapeute ergothérapeute

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu et date : _____ Institution : _____

Nr. Tél Institution : _____

Signature du médecin

Nom : _____ Prénom : _____

Lieu et date : _____ Signature : _____