

**Annexe 19bis (page 1 – recto)**

**RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS**

(article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

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

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

*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**

*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

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

## Annexe 19bis (page 1 – verso)

### 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 [www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm](http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm)

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

**Annexe 19bis (page 2 – recto)**

<p><b>3. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette</b> 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            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            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            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            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            !! FORMCHECKBOX <sup>⊥</sup> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application  <u>remarques</u></p>
<p><b>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter</b> 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  <u>remarques</u></p>
<p><b>5. Maintien de la position debout</b> CIF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non            Peut tenir debout de manière autonome et prolongée en utilisant une aide  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non            Peut tenir debout avec le soutien d'une ou plusieurs personnes  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non            Ne peut pas tenir debout  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <u>remarques</u></p>
<p><b>6. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête</b> CIF/d4153 / d410</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut rester assis de manière autonome et prolongée  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non            Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non            Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non            Peut changer de position de manière autonome  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non  <u>remarques</u></p>

## Annexe 19bis (page 2 – verso)

<b>7. Exécution de transferts transfert dans/hors de la voiturette</b> CIF/d420 / d4200	<input type="checkbox"/>	<p>Peut se transférer de manière autonome</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Peut se transférer de manière autonome en prenant appui</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>Peut seulement se transférer avec l'aide et le soutien d'une personne</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>L'exécution de transferts est très difficile ou impossible sans aide ou système de levage</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p><u>remarques</u></p>
<b>8. Troubles : Fonctions cognitives</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>9. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette</b>		
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 19bis (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 <sub>2</sub> / 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>																																														
<b>10. Activités et participation</b>																																																
10.1 Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Ménage</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Ecole</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Travail</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Courses</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Culturel</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Temps libre</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Sport</td> <td><input type="checkbox"/> toujours</td> <td><input type="checkbox"/> souvent</td> <td><input type="checkbox"/> occasionnellement</td> <td><input type="checkbox"/> jamais</td> </tr> <tr> <td>Autre .....</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> <u>remarques</u>			Ménage	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Ecole	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Travail	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Courses	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Social	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Culturel	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Temps libre	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Sport	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais	Autre .....				
Ménage	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Ecole	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Travail	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Courses	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Social	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Culturel	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Temps libre	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Sport	<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> jamais																																												
Autre .....																																																

### Annexe 19bis (page 3 – verso)

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

Annexe 19bis (page 4 – recto)

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

**Annexe 19bis (page 4 – verso)**

**CADRE RESERVE AU BENEFICIAIRE**

*A compléter par le bénéficiaire*

J'ai pris connaissance de ce document

**Remarques :**

Date :  /  /

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