

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.

Identité du patient					
Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Nr. AVS/ Nr. d'ass.					

Degré d'invalidité de la personne assurée					
	(DI I) ☐	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.		(DI II) ☐	La personne peut faire quelques pas avec l'aide d'une tierce personne ou d'un moyen auxiliaire*. A l'intérieur et à l'extérieur, la personne est dépendante du fauteuil roulant. À l'extérieur, év. avec propulsion électrique, un scooter électrique ou un fauteuil roulant électrique.
	(DI III) ☐	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.		(DI IV) ☐	Pas de déplacement autonome possible avec un fauteuil roulant manuel. La personne peut être assise dans le fauteuil roulant qu'avec une stabilisation/un guidage du tronc. Toutes les activités quotidiennes peuvent être accomplies qu'avec de l'aide. L'utilisation autonome d'un fauteuil roulant électrique est possible selon les symptômes de la maladie. Les personnes atteintes de SLA peuvent toujours être équipées selon le DI IV.

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

Période d'utilisation	Durée	Oui	Non
Remise de longue durée		☐	☐

1.	Position du bassin	Oui	Non	Option d'appareillage
1.1	La personne assurée peut-elle contrôler elle-même la stabilité de son bassin?	☐	☐	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?	☐	☐	Option pour un coussin de positionnement / 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?	☐	☐	Option pour élément de stabilisation du bassin
1.3	Existe-t-il un risque d'escarre dans la région du siège?	☐	☐	Option pour un coussin anti-escarre / élément de maintien / stabilisation du bassin
	Si «oui» au point 1.1 ou 1.2 cumulé avec l'une des conditions suivantes:			
1.3.1	Sensibilité réduite	☐	☐	Option pour un coussin anti-escarre
1.3.2	Anomalie anatomique	☐	☐	Option pour un coussin anti-escarre
1.3.3	Mauvais état de santé général (p. ex. cachexie)	☐	☐	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?	☐	☐	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?	☐	☐	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 ?		☐	☐	Option pour une remise individuelle
	3.1.1	Un soutien simple est-il nécessaire?	☐	☐	Option pour un appui-tête standard
	3.1.2	La personne assurée a-t-elle besoin de stabilisation/décharge/guidage pour contrôler sa tête ?	☐	☐	Option pour un appui-tête spécial
	3.1.3	Transport en fauteuil roulant dans un véhicule (voiture privée, transport de personnes handicapées) ?	☐	☐	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 ?		☐	☐	Option pour un plot d'abduction
4.2	La personne assurée présente-t-elle une adduction au niveau des hanches ?		☐	☐	Option pour une sangle de maintien / stabilisation pour jambes / cale cuisse
4.3	La personne assurée présente-t-elle une flexion insuffisante du genou (< 60 degrés)?		☐	☐	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?	☐	☐	Option pour un repose-pieds réglable en angle, électrique
4.4	La personne assurée a-t-elle besoin de soutien pour contrôler ses jambes?		☐	☐	Option pour un guide jambe / élément de maintien / stabilisation / élément d'immobilisation pour jambes
4.5	Existe-t-il des malformations, des contractures ou des amputations importantes pour la fourniture?		☐	☐	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?		☐	☐	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?		☐	☐	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 ?		☐	☐	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.) ?		☐	☐	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 ?		☐	☐	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 ?		☐	☐	Option pour des housses de remplacement
6.3	La personne assurée mesure-t-elle moins de 150 cm ?		☐	☐	Option pour un fauteuil roulant pour enfants
6.4	La personne assurée a un poids supérieur à ?				
	6.4.1	140 kg	☐	☐	Option pour un fauteuil roulant manuel XXL
	6.4.2	160 kg	☐	☐	Option pour un fauteuil roulant manuel XXL / un fauteuil roulant électrique XXXL
	6.4.3	180 kg	☐	☐	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 ?		☐	☐	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) ?		☐	☐	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		☐	☐	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 :	☐	☐	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 ☐												
<table> <tr> <td>Nom:</td> <td>_____</td> <td>Prénom:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Lieu et date:</td> <td>_____</td> <td>Institution :</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nr. Tél institution:</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nom:	_____	Prénom:	_____	Lieu et date:	_____	Institution :	_____			Nr. Tél institution:	_____
Nom:	_____	Prénom:	_____									
Lieu et date:	_____	Institution :	_____									
		Nr. Tél institution:	_____									

Signature du médecin								
<table> <tr> <td>Nom:</td> <td>_____</td> <td>Prénom:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Lieu et date:</td> <td>_____</td> <td>Signature:</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nom:	_____	Prénom:	_____	Lieu et date:	_____	Signature:	_____
Nom:	_____	Prénom:	_____					
Lieu et date:	_____	Signature:	_____					