



Modèle pour Wheelleo®
Mise à jour 18-04-2025

Prescription médicale pour une aide à la mobilité et/ou à la propulsion
A remettre par le bénéficiaire au technologue orthopédique en aides à la mobilité / ban

Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire

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 SELON LA NOMENCLATURE....	
<input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHÉ	<input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANNE DE MARCHÉ SUR ROUES	<input type="checkbox"/> CHASSIS POUR UNITE D'ASSISE MODULAIRE ADAPTABLE
<input type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE / ELECTRONIQUE / SCOOTER ELECTRONIQUE (à spécifier de manière facultative)	<input type="checkbox"/> SYSTEME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE
<input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPEDIQUE	<input type="checkbox"/> CHASSIS POUR SIEGE-COQUILLE
<input type="checkbox"/> SYSTEME DE STATION DEBOUT	<input type="checkbox"/> ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DELIVREE PRECEDEMMENT
<input type="checkbox"/> VOITURETTE SUR-MESURE	

Autres aides réservées exclusivement aux personnes dont le handicap est survenu avant l'âge de 65 ans :

<input type="checkbox"/> SECONDE VOITURETTE	<input type="checkbox"/> SECOND COUSSIN
<input type="checkbox"/> AUTRE (PAR EX. AIDE À LA PROPULSION) :	<input type="checkbox"/> SYSTÈME DE COMMANDE AVEC CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

Il s'agit	<input type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire	<input checked="" type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée <input type="checkbox"/> en permanence	<input type="checkbox"/> une partie importante de la journée

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

Le bénéficiaire a une perte de capacité physique d'au moins 30% survenue avant l'âge de 65 ans :

OUI NON ne dispose pas d'informations suffisantes

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.

A noter dans diagnostic : « L'utilisateur présente une déficience fonctionnelle sévère de l'un de ses membres supérieurs qui l'empêche d'utiliser un cadre de marche. »

A joindre : « Un rapport circonstancié rédigé par un centre de réhabilitation spécialisé atteste que la canne sur roues, utilisée en tant que moyen de déplacement, a été testée et que le test est concluant. »

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 et une canne de marche sur roues, remplir uniquement les rubriques a, b et c.

Pour une demande concernant une adaptation d'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 <https://www.who.int/standards/classifications>

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) (<1km) CIF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">Minimum 2</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <i>Remarques</i>
ou		
b. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) (>1km) CIF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">Minimum 2</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <i>Remarques</i>
et		
c. Rester debout (pendant un certain temps) CIF/d4154	<input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">Minimum 1</div>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <i>Remarques</i>
d. Utilisation des mains et des bras dans la la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome à l'intérieur (se déplacer sur de courtes distances) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A la force, la coordination et l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome à l'extérieur (se déplacer sur de longues distances) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fonction des membres supérieurs : membre supérieur quand il est fonctionnel membre supérieur est fonctionnel (A remplir en sus pour une demande de financement concernant un scooter électronique)

Non applicable pour Wheeleo®

<p>e. Se transférer (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420</p>	<p><input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide ou système de levage</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>f. Endurance lors de l'utilisation de la voiturette manuelle (A remplir pour une demande concernant une aide à la propulsion personnelle de manière facultative pour toutes autres aides à la mobilité)</p>	<p>A l'endurance nécessaire pour se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>L'endurance lors de l'usage d'une voiturette manuelle est limitée en raison de : <input type="checkbox"/> Problèmes articulaires <input type="checkbox"/> Problèmes cardiorespiratoires <input type="checkbox"/> Problèmes neuromusculaires <input type="checkbox"/> Problèmes musculaires</p>
<p>g. Rester assis (fonction assistée) CIF/d410, d4153</p>	<p>pour un siège sans soutenue par dentaires</p> <p>à intervalles réguliers</p> <p>autonome et à intervalles</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><u>Remarques</u></p>
<p>h. Fonctions cognitives CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>	<p><input type="checkbox"/> pas de problèmes cognitifs <input type="checkbox"/> légère limitation des fonctions cognitives <input type="checkbox"/> limitation modérée à grave des fonctions cognitives</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><u>Remarques</u></p>

Non applicable pour Wheeleo®

Pour une demande concernant, un système de commande avec contrôle de l'environnemental et autre (par ex. aide à la propulsion), remplir en complément du tableau précédent les items suivants :

Fonctions	Description globale
Perte de fonction au membre inférieure	MI Gauche : <input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète MI Droit : <input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète
Possibilité de se lever	
Perte de fonction au membre supérieure	<input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Nulle <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Complète
Usage des 2 mains	<input type="checkbox"/> Diminution de la force musculaire / Spasticité <input type="checkbox"/> Trouble de coordination / Dyspraxie sévère <input type="checkbox"/> Affection articulaire / Déformation <u>Remarques</u>

Non applicable pour Wheeleo®

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

<input type="checkbox"/> postures anormales <input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx <input type="checkbox"/> formation d'œdèmes <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres <input type="checkbox"/> poids : <input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation <input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité <input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire <input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins <input type="checkbox"/> troubles au niveau des structures anatomiques de la ceinture pelvienne <input type="checkbox"/> taille :
---	--



Iriscare

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT EST DEMANDÉE OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPÉ D'UN COUSSIN ANTI-ESCARRES

Quelles sont les limitations nécessitant l'ajout d'une ou plusieurs adaptations à l'aide à la mobilité déjà délivrée ?

Quelles sont les modifications nécessitant le renouvellement anticipé du coussin anti-escarres ?

6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

Date: __ / __ / ____

Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur

Signature du médecin prescripteur

**CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE : A compléter par le bénéficiaire**

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité	Remarques (à remplir de manière facultative)
<input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
<input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale.	
<input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation	
<input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente	
<input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule	
<input type="checkbox"/> 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Signature du bénéficiaire ou de son représentant Nom, prénom du représentant et le lien avec le bénéficiaire :
Ce document reste valable :	
- 2 mois pour un forfait de location en maison de repos (et de soins)	
- 2 mois en cas de première demande	
- 6 mois en cas de renouvellement	

⚠ A remettre par le bénéficiaire au technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste de son choix