

CP 1055, 1951 Sion

Votre personne de contact:

No tél. direct:

V/réf:

Sion, le 13 septembre 2018

No d’assuré: , né(e) le

,

Dans le cadre de l’examen du droit de la personne précitée à un fauteuil roulant manuel, et en vertu de la convention tarifaire conclue avec SWISS MEDTECH valable dès le 01.01.2018, nous vous saurions gré de bien vouloir remplir le formulaire « Indications médicales pour la remise d’un fauteuil roulant » ci-joint et de le faire suivre ensuite au fournisseur choisi, soit      .

Nous vous prions d’agréer, , nos salutations les meilleures.

Annexes : 1 note d’honoraires  
Formulaire « Indications médicales pour la remise d’un fauteuil roulant »



**Indications médicales pour la remise d'un fauteuil roulant**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identité du patient** | | | | | |
| **Nom :** |  | **Prénom :** |  | **Date de naissance :** |  |

|  |
| --- |
| **Diagnostic** |
|  |

|  |
| --- |
| **Principes généraux concernant le formulaire** |
| - pour l'évaluation des items, prendre en considération le côté du corps le plus touché en cas d'asymétries  - si possible, choisir une position initiale assise, sans soutien externe  - tous les critères sont évalués sans l'utilisation de moyens auxiliaires |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Aptitude à la marche et à la position debout** | | | | | | |
|  | **Catégorie** | **a = 0 point** | | **b = 1 point** | | **c = 2 points** | |
| **1.1** | **Distance à pied possible** | **> 200 m** |  | **1 – 200 m** |  | **0 m** |  |
| **1.2** | **Capacité de se tenir debout** | **sans aide** |  | **avec aide** |  | **Position debout impossible** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Position assises** | | | | | | |
|  | **Catégorie** | **a = 0 point** | | **b = 1 point** | | **c = 2 points** | |
| **2.1** | **Mobilité du tronc et du bassin** | **mobile** |  | **légèrement réduite** |  | **fortement réduite ou immobile** |  |
|  |  | peut changer de position | | petits changements de position possible | | changements de position minimes ou impossible | |
| **2.2** | **Sensibilité du tronc et du bassin** | **toutes les qualités normales :** |  | **hypoesthésie** |  | **anesthésie** |  |
|  |  | (perception tactile, douleur, température, sensibilité aux reliefs) | | Une ou plusieurs qualités réduites | | une ou plusieurs qualités  absentes | |
| **2.3** | **Coordination du tronc et du** | **conservée** |  | **ataxie légère du**  **tronc :** (peut rester |  | **ataxie sévère du**  **tronc :** (peut rester |  |
|  | **bassin** | pas de troubles de la  coordination | | assis pendant 3 min. au  moins sans aide | | assis uniquement avec de  l'aide ou en prenant appui | |
| **2.4** | **Scoliose/bascule du bassin** | **pas de scoliose** |  | **scoliose légère** |  | **scoliose sévère** |  |
|  |  | pas de bascule | | légère bascule | | forte bascule | |
| **2.5** | **Tonicité du tronc** | **normotendu** |  | **légèrement modifiée** |  | **fortement modifiée** |  |
|  |  |  | | légèrement hypotone ou amplifiée (spastique / rigide) | | fortement hypotone ou amplifiée (spastique / rigide) | |
| **2.6** | **Stabilité du tronc** | **stable** |  | **stabilité réduite** |  | **Instable** |  |
|  |  |  | | doit être guidé / soutenu | | doit être tenu / fixé | |
| **2.7** | **Contrôle de la tête / du cou** | **stable** |  | **Contrôle légèrement affaibli** |  | **Contrôle fortement affaibli** |  |
|  |  |  | | peut contrôler la position de la tête jusqu'à 5 min. | | aucun contrôle autonome de la tête | |
| **2.8** | **Mobilité de la tête / du cou** | **mobile** |  | **légèrement réduite** |  | **immobile** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Membres supérieurs : déplacement et positionnement** | | | | | | |
|  | **Catégorie** | **a = 0 point** | | **b = 1 point** | | **c = 2 points** | |
| **3.1** | **Force** | **conservée (M5)** |  | **Réduite** |  | **nulle, plégie** |  |
| **3.2** | **Tonicité** | **normotendu** |  | **légèrement diminuée ou amplifiée :** |  | **fortement diminuée ou amplifiée :** |  |
|  |  |  | | hypotone ou  spastique / rigide | | hypotone ou  spastique / rigide | |
| **3.3** | **Mobilité articulaire** | **mobile** |  | **légèrement réduite** |  | **fortement réduite** |  |
|  |  |  | | champ fonctionnel d'une grande articulation réduit ou amplifié jusqu'à 50 % (hypermobilité) | | champ fonctionnel d'une grande articulation réduit ou amplifié > 50 % (hypermobilité) | |
| **3.4** | **Sensibilité** | **toutes les qualités normales :** |  | **hypoesthésie** |  | **anesthésie** |  |
|  |  | (perception tactile, douleur, température, sensibilité aux reliefs) | | une ou plusieurs qualités réduites | | une ou plusieurs qualités absentes | |
| **3.5** | **Coordination** | **conservée** |  | **ataxie légère** |  | **ataxie sévère** |  |
|  |  | pas de troubles de la coordination | | peut exécuter des mouvements précis simples | | aucun mouvement précis possible | |
| **3.6** | **Contractures** | **aucune** |  | **Contractures dans**  **1 groupe de muscles** |  | **Contractures dans**  **> 1 groupe de muscles** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Membres inférieurs : déplacement et positionnement** | | | | | | |
|  | **Catégorie** | **a = 0 point** | | **b = 1 point** | | **c = 2 points** | |
| **4.1** | **Force** | **conservée (M5)** |  | **Réduite** |  | **nulle, plégie** |  |
| **4.2** | **Tonicité** | **normotendu** |  | **légèrement diminuée ou amplifiée :** |  | **fortement diminuée ou amplifiée :** |  |
|  |  |  | | hypotone ou  spastique / rigide | | hypotone ou  spastique / rigide | |
| **4.3** | **Mobilité articulaire** | **mobile** |  | **légèrement réduite** |  | **fortement réduite** |  |
|  |  |  | | champ fonctionnel d'une grande articulation réduit ou amplifié jusqu'à 50 % (hypermobilité) | | champ fonctionnel d'une grande articulation réduit ou amplifié > 50 % (hypermobilité) | |
| **4.4** | **Sensibilité** | **toutes les qualités normales :** |  | **hypoesthésie** |  | **anesthésie** |  |
|  |  | (perception tactile, douleur, température, sensibilité aux reliefs) | | une ou plusieurs qualités réduites | | une ou plusieurs qualités absentes | |
| **4.5** | **Coordination** | **conservée** |  | **ataxie légère** |  | **ataxie sévère** |  |
|  |  | pas de troubles de la coordination | | peut exécuter des mouvements précis simples | | aucun mouvement précis possible | |
| **4.6** | **Contractures** | **aucune** |  | **Contractures dans**  **1 groupe de muscles** |  | **Contractures dans**  **> 1 groupe de muscles** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.** | **Neuropsychologie / Communication** | | | | | | |
|  | **Catégorie** | **a = 0 point** | | **b = 1 point** | | **c = 2 points** | |
| **5.1** | **Communication verbale** | peut **s’exprimer** |  | peut exprimer |  | ne peut **pas** |  |
|  |  | de façon compréhensible | | des faits **simples** de façon compréhensible (faim, soif, etc.) | | s'exprimer de façon compréhensible | |
| **5.2** | **Compréhension** | **compréhension normale** |  | **compréhension limitée des** |  | **compréhension impossible** |  |
|  |  |  | | **instructions simples :** exécute correctement les instructions | | ne peut exécuter aucune instruction, même simple | |
| **5.3** | **Vision / négligence visuelle** | **aucune déficience** |  | **déficience visuelle** |  | **aveugle et/ou** |  |
|  |  |  | | **limitée et/ou négligence visuelle légère/sensible :** peut s'orienter dans un environnement familier | | **négligence visuelle complète/sensible :** ne peut pas s'orienter dans un environnement familier | |
| **5.4** | **Résoudre les problèmes** | **aucune assistance nécessaire** |  | **assistance occasionnelle** |  | **assistance permanente** |  |
|  |  | (p. ex. se souvient des dates) | | **nécessaire** | | **nécessaire** | |
|  |  |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.** | **Transfert/transport** | | | | | | |
|  | **Catégorie** | **a = 0 point** | | **b = 1 point** | | **c = 2 points** | |
| **6.1** | **Transfert** | **sans aide** |  | **a besoin d'une aide** |  | **a besoin de plusieurs aides ou d’un soutien** |  |
|  |  |  | |  | | **technique** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** | **Autres informations** | | | | | | |
|  | **Catégorie** |  |  |  | **y** |  | **z** |
| **7.1** | **Poids** | |  | |  | **> 120 kg** |  |
| **7.2** | **Taille** | | **< 150 cm** | |  | **> 185 cm** |  |
| **7.3** | **Respiration** | | **alimentation en oxygène** | |  | **respiration** |  |
| **7.41** | **Amputations de membres supérieurs** | | **1 membre** | |  | **2 membres** |  |
| **7.42** | **Amputations de membres inférieurs** | | **1 membre** | |  | **2 membres** |  |
| **7.5** | **Risque d'escarres** | | **existant** | |  | **élevé** |  |
| **7.6** | **Progression** | | **lente** | |  | **rapide** |  |
| **7.7** | **Orthèses** | | **1 membre** | |  | **2 membres** |  |
| **7.8** | **Incontinence** | |  | |  | **oui** |  |
| **7.9** | **Dépendance de personnes accompagnatrices** | | **1 personne** | |  | **plusieurs** |  |
| **7.10** | **Malformations** | | **membres supérieurs** | |  | **membres inférieurs** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.** | **But de la remise / Domaine d'application** | | | | | |
| **8.1** | **Maintien de la qualité de vie** |  |  |  |  |  |
| **8.2** | **Amélioration de la qualité de vie** |  |  |  |  |  |
| **8.3** | **Encouragement à l'indépendance** |  |  |  |  |  |
| **8.4** | **Amélioration de la mobilité** |  |  |  |  |  |
| **8.5** | **Apprentissage de nouvelles activités** |  |  |  |  |  |
| **8.6** | **Intérieur** |  |  |  |  |  |
| **8.7** | **Extérieur** |  |  |  | |  |
| **8.8** | **Ecole/travail** |  |  |  |  |  |
| **8.9** | **Trajet à l'école/au travail** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Remise de longue durée** | **> 1 an** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Remarques :** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signature / Timbre du médecin** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Tél. :** |  |  |  |  |
| **Lieu :** |  | **Date :** |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Institution / Thérapeute** |
|  |