

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 qualitésabsentes |
| **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 lacoordination | assis pendant 3 min. aumoins sans aide | assis uniquement avec del'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 ouspastique / rigide | hypotone ouspastique / 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 ouspastique / rigide | hypotone ouspastique / 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** |
|       |