

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

Identité du patient			
Nom :		Prénom :	
		Date de naissance :	

Diagnostic

Principes généraux concernant le formulaire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pour l'évaluation des items, prendre en considération le côté du corps le plus touché en cas d'asymétries</li> <li>- si possible, choisir une position initiale assise, sans soutien externe</li> <li>- tous les critères sont évalués sans l'utilisation de moyens auxiliaires</li> </ul>

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 <input type="checkbox"/>	1 – 200 m <input type="checkbox"/>	0 m <input type="checkbox"/>
1.2 Capacité de se tenir debout	sans aide <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>	Position debout impossible <input type="checkbox"/>

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

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

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

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

6. Transfert/transport				
Catégorie		a = 0 point	b = 1 point	c = 2 points
6.1	Transfert	sans aide <input type="checkbox"/>	a besoin d'une aide <input type="checkbox"/>	a besoin de plusieurs aides ou d'un soutien technique <input type="checkbox"/>

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

8. But de la remise / Domaine d'application	
8.1	Maintien de la qualité de vie <input type="checkbox"/>
8.2	Amélioration de la qualité de vie <input type="checkbox"/>
8.3	Encouragement à l'indépendance <input type="checkbox"/>
8.4	Amélioration de la mobilité <input type="checkbox"/>
8.5	Apprentissage de nouvelles activités <input type="checkbox"/>
8.6	Intérieur <input type="checkbox"/>
8.7	Extérieur <input type="checkbox"/>
8.8	Ecole/travail <input type="checkbox"/>
8.9	Trajet à l'école/au travail <input type="checkbox"/>

Remise de longue durée	> 1 an <input type="checkbox"/>
------------------------	---------------------------------

Remarques :

Signature / Timbre du médecin
<p>Tél. : _____</p> <p>Lieu : _____ Date : _____</p>

Institution / Thérapeute