

Indications médicales pour la remise d'un fauteuil roulant pour enfants (au formulaire GMFCS pour déterminer le degré d'invalidité)

Identité du patient:			
Nom :		Prénom :	
		Date de naissance :	

Diagnostic :

Principes généraux concernant le formulaire
<ul style="list-style-type: none"> - La numérotation des articles individuels fait référence à l'ordonnance médicale pour la remise d'un fauteuil roulant. Compte tenu de la classification GMFCS des patients jusqu'à l'âge de 20 ans, il n'est pas nécessaire de remplir les autres critères du formulaire pour les soins aux patients de plus de 20 ans. - 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. Classification selon le niveau GMFCS



Level II
(BG I)



Level III
(BG II)



Level IV
(BG III)



Level V
(BG IV)

2. Position assises			
Catégorie		b	c
2.1 Mobilité du tronc et du bassin	légèrement réduite petits changements de position possibles	<input type="checkbox"/>	fortement réduite ou immobile changements de position minimales ou impossibles <input type="checkbox"/>
2.3 Coordination du tronc et du bassin	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	scoliose légère	<input type="checkbox"/>	scoliose sévère <input type="checkbox"/>
2.5 Tonicité du tronc	légèrement modifiée légèrement hypotone ou amplifiée (spastique / rigide)	<input type="checkbox"/>	fortement modifiée fortement hypotone ou amplifiée (spastique / rigide) <input type="checkbox"/>
2.6 Stabilité du tronc	stabilité réduite doit être guidé / soutenu	<input type="checkbox"/>	instable doit être tenu / fixé <input type="checkbox"/>
2.7 Contrôle / mobilité de la tête / du cou	légèrement affaibli	<input type="checkbox"/>	fortement affaibli <input type="checkbox"/>

3. Membres supérieurs : déplacement et positionnement			
Catégorie		b	c
3.1 Force	réduite	<input type="checkbox"/>	nulle, plégie <input type="checkbox"/>
3.2 Tonicité	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	légèrement réduite champ fonctionnel d'une grande articulation réduit ou amplifié jusqu'à 50 % (hypermobilité)	<input type="checkbox"/>	fortement réduite champ fonctionnel d'une grande articulation réduit ou amplifié > 50 % (hypermobilité) <input type="checkbox"/>
3.5 Coordination	ataxie légère peut exécuter des mouvements précis simples	<input type="checkbox"/>	ataxie sévère aucun mouvement précis possible <input type="checkbox"/>
3.6 Contractures	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		y	z
4.1	Force	réduite <input type="checkbox"/>	nulle, plégie <input type="checkbox"/>
4.2	Tonicité	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	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)
4.5	Coordination	ataxie légère <input type="checkbox"/> peut exécuter des mouvements précis simples	ataxie sévère <input type="checkbox"/> aucun mouvement précis possible
4.6	Contractures	contractures dans 1 groupe de muscles <input type="checkbox"/>	contractures dans > 1 groupe de muscles <input type="checkbox"/>

6. Transfert/transport			
Catégorie		y	z
6.1	Transfert	a besoin d'une aide <input type="checkbox"/>	a besoin de plusieurs aides ou d'un soutien technique <input type="checkbox"/>

7. Autres informations			
7.1	Poids		> 120 kg <input type="checkbox"/>
7.2	Taille	< 150cm <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"/>

8.4	Amélioration de la mobilité	<input type="checkbox"/>
8.7	Extérieur	<input type="checkbox"/>
8.8	Ecole/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 :