**Prescription médicale pour la remise d'un fauteuil roulant pour enfants  
(Supplément au formulaire GMFCS pour déterminer le degré du handicap [DH])**

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

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

|  |
| --- |
| **Principes généraux concernant le formulaire** |
| * 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 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** | | | | | |
|  |  | **Niveau II**  **(DH I)** |  |  | **Niveau III**  **(DH II)** |  |
|  |  | **Niveau IV**  **(DH III)** |  |  | **Niveau V**  **(DH IV)** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Position assises** |  | |  | |
|  | **Catégorie** |  | **b** |  | **c** |
| **2.1** | **Mobilité du tronc et du bassin** | **légèrement réduite** |  | **fortement réduite ou immobile** |  |
|  |  | petits changements de position possibles | | changements de position minimes ou impossibles | |
| **2.3** | **Coordination du tronc et du bassin** | **Ataxie légère du tronc :** peut rester assis |  | **Ataxie sévère du tronc :** peut rester assis |  |
|  |  | pendant 3 min. au moins sans aide | | uniquement avec de l'aide ou en prenant appui | |
| **2.4** | **Scoliose / bascule du bassin** | **Scoliose légère** |  | **Scoliose moyenne/sévère** |  |
| **2.5** | **Tonicité du tronc** | **légèrement modifiée** |  | **fortement modifiée** |  |
|  |  | légèrement hypotone ou amplifiée (spastique / rigide) | | fortement hypotone ou amplifiée (spastique / rigide) | |
| **2.6** | **Stabilité du tronc** | **Stabilité réduite** |  | **instable** |  |
|  |  | doit être guidé / soutenu | | doit être tenu / fixé | |
| **2.7** | **Contrôle / mobilité de la tête / du cou** | **légèrement limité** |  | **fortement limité** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Membres supérieurs : déplacement et positionnement** | | | | |
|  | **Catégorie** |  | **b** |  | **c** |
| **3.1** | **Force** | **réduite** |  | **nulle, plégie** |  |
| **3.2** | **Tonicité** | **légèrement diminuée ou amplifiée :** |  | **fortement diminuée ou amplifiée :** |  |
|  |  | hypotone ou spastique / rigide | | hypotone ou spastique / rigide | |
| **3.3** | **Mobilité articulaire** | **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) | |
| **3.5** | **Coordination** | **Ataxie légère** |  | **Ataxie sévère** |  |
|  |  | peut exécuter des mouvements précis simples | | aucun mouvement précis possible | |
| **3.6** | **Contractures** | **Contractures dans 1 groupe de muscles** |  | **Contractures dans > 1 groupe de muscles** |  |
| **4.** | **Membres inférieurs : déplacement et positionnement** | | | | |
|  | **Catégorie** |  | **b** |  | **c** |
| **4.1** | **Force** | **réduite** |  | **nulle, plégie** |  |
| **4.2** | **Tonicité** | **légèrement diminuée ou amplifiée :** |  | **fortement diminuée ou amplifiée :** |  |
|  |  | hypotone ou spastique / rigide | | hypotone ou spastique / rigide | |
| **4.3** | **Mobilité articulaire** | **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) | |
| **4.5** | **Coordination** | **Ataxie légère** |  | **ataxie sévère** |  |
|  |  | peut exécuter des mouvements précis simples | | aucun mouvement précis possible | |
| **4.6** | **Contractures** | **Contractures dans 1 groupe de muscles** |  | **Contractures dans > 1 groupe de muscles** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6.** | **Transfert / Transport** | | | | |
|  | **Catégorie** |  | **b** |  | **c** |
| **6.1** | **Transfert** | **a besoin d'une aide** |  | **a besoin de plusieurs aides ou d'un** |  |
|  |  |  | | **soutien technique** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** | **Autres informations** | | | | |
|  | **Catégorie** | | **y** |  | **z** |
| **7.1** | **Poids** |  |  | **> 140 kg** |  |
| **7.2** | **Taille** | **< 150cm** |  | **> 185 cm** |  |
| **7.3** | **Respiration** | **Alimentation en oxygène** |  | **Ventilation mécanique** |  |
| **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** | | | | | |
| **8.4** | **Diminution de la progression d’une insuffisance de stabilité corporelle** |  |  |  |  |  |
| **8.7** | **Extérieur** |  |  |  | |  |
| **8.8** | **Ecole/travail** |  |  |  |  |  |

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

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

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

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