

Annexe 21ter
Attestation d'évaluation et prescription médicale pour un genou mécatronique

Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)
Nom et prénom du bénéficiaire:
Adresse:
Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale:-.....-.....
Nom ou numéro de la mutualité:

Identification du dispensateurs de soins
<u>Médecin spécialiste¹</u> : Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI :
<u>Médecin traitant spécialiste²</u> : Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI :
<u>Équipe de rééducation</u> (ergothérapeute (1)/ kinésithérapeute (2)) : (1) Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI :
(2) Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI :
<u>Prothésiste</u> : Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI :

<input type="checkbox"/> Première prothèse	Taille : m
<input type="checkbox"/> Renouvellement, description de la précédente :	Poids : Kg (sans la prothèse)

¹ Médecin-spécialiste lié à un centre de rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique, conformément au § 13, A., 2°, de l'article 29 de la nomenclature.

² Si le patient n'est pas rééduqué dans un centre de rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique, la partie 1, a), de ce formulaire peut aussi être remplie par son médecin traitant spécialiste, conformément au § 13, A, 1°, de l'article 29 de la nomenclature.

Partie 1 - ÉVALUATION et indication pour le test avec prothèse de genou mécatronique
 (à compléter par le médecin spécialiste conformément à l'article 29, § 13)

a) FONCTIONS et STRUCTURES ANATOMIQUES et AFFECTIONS

Côté	Niveau d'amputation	Date d'amputation
<input type="checkbox"/> Droit	Pied / transtibial / désarticulation du genou / transfémoral / désarticulation de la hanche/ hémipelvectomie
<input type="checkbox"/> Gauche	Pied / transtibial / désarticulation du genou / transfémoral / désarticulation de la hanche/ hémipelvectomie

Cause de l'amputation :			
<input type="checkbox"/> Troubles vasculaires	<input type="checkbox"/> Diabète+/- troubles vasculaires	<input type="checkbox"/> Traumatisme	<input type="checkbox"/> Infection
<input type="checkbox"/> Oncologique	<input type="checkbox"/> Congénital	<input type="checkbox"/> Autre :	

Comorbidité	
<input type="checkbox"/> Cœur / poumon :	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs/troubles de la capacité d'apprentissage
<input type="checkbox"/> Neurologique :	<input type="checkbox"/> Angoisse de mouvement :
<input type="checkbox"/> Articulations :	<input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur :
<input type="checkbox"/> Situation de l'autre jambe :	<input type="checkbox"/> Vision :
<input type="checkbox"/> Fonction membre supérieur :	<input type="checkbox"/> Autre :

Propriétés du moignon	
Longueur (en cm) : transfémoral à partir du grand trochanter	cm
Forme	
Quelles parties	
Volume	<input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> variable
Peau :	
Possibilité d'appui distal sur le moignon	<input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> impossible
État vasculaire	
Douleur	
Sensibilité	
Ostéo-intégration	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Particularités articulations (côté de l'amputation)
<input type="checkbox"/> ROM (contracture) hanche :
<input type="checkbox"/> Instabilité articulaire hanche :
<input type="checkbox"/> Force musculaire hanche (0-5) : flexion/5 extension/5 abduction..... /5 adduction..... /5
<input type="checkbox"/> Douleur :

Membre controlatéral	
Hanche	Genou
ROM : <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> diminué :	ROM : <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> diminué :
Force musculaire (0-5) : /5	Force musculaire (0-5) : /5
Stabilité : <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> diminué:	Stabilité : <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> diminué :
Douleur : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui :	Douleur : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui :

Membre supérieur	
Droit	Force : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> diminuée : <input type="checkbox"/> insuffisante/ absente :
	Fonction de la main : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> diminuée : <input type="checkbox"/> insuffisante/absente :
Gauche	Force : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> diminuée : <input type="checkbox"/> insuffisante/ absente :
	Fonction de la main : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> diminuée : <input type="checkbox"/> insuffisante/absente :

b) ACTIVITÉS ET PARTICIPATION / FONCTIONNEMENT ET FONCTIONNEMENT VISÉ

Constatations et demande de soins	
Problèmes avec la prothèse actuelle (au niveau de la mobilité, des soins autonomes, du ménage, de l'intégration et de la participation sociales,)	
Quelles activités spécifiques sont prévues avec la nouvelle prothèse à tester ?	<input type="checkbox"/> travailler , se retourner dans de petits espaces, ... <input type="checkbox"/> rester longtemps debout <input type="checkbox"/> marcher en alternance sur des escaliers <input type="checkbox"/> franchir rapidement des obstacles <input type="checkbox"/> autre :
Existe-t-il des raisons médicales pour lesquelles les prothèses de type II ne conviennent pas aux essais ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> limitation conditionnelle <input type="checkbox"/> autre :

Indication du test
Selon vous, y a-t-il suffisamment d'arguments pour effectuer un test avec une articulation de genou mécanique ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, je prescris les composants de montage et actes techniques pour la préparation de la prothèse pour la batterie de tests.
À compléter dans le cadre du renouvellement d'une prothèse avec articulation de genou mécanique : Un renouvellement de l'articulation de genou mécanique est-il indiqué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non

Avez-vous suivi une formation en matière de rééducation fonctionnelle avec des genoux mécaniques de type I et II ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, quand ?.....
--

Identification du médecin spécialiste
Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI : Date :/...../..... Signature :

Partie 2 -Évaluation orthopédique et technique dans le cadre d'un protocole genou mécatronique (à compléter par le prothésiste)

a) Description de la prothèse actuelle avec laquelle la mesure de base est réalisée

- Forme du fût :
 - quadrilatéral avec appui ischiatique
 - forme de fût avec tubérosité ischiatique
 - autre :

- Liner :
 - sur mesure
 - standardSystème de broche, vide ou autre :

- Type de genou :
 - mécanique avec fixation
 - mécanique sans fixation
 - pneumatique
 - hydraulique
 - mécatronique Type I
 - mécatronique Type II

- Type de pied :
 - pied en composite
 - pied avec élément-ressort en polymère
 - autre :

- Type d'articulation de hanche (si d'application) :
avec unité pneumatique unité hydraulique
tridimensionnelle oui non

- Date de délivrance :/...../.....

Date :/..../.....

Nom + signature du dispensateur :

Numéro d'identification INAMI :

b) Description de la prothèse avec laquelle la batterie de tests est réalisée

- **Forme du fût :**
 - quadrilatérale avec appui ischiatique
 - forme de fût avec tubérosité ischiatique
 - autre:

- **Liner :**
 - sur mesure
 - standardSystème de broche, vide ou autre :

- **Nouveau fût d'essai utilisé pour le test :**
 - non
 - oui

- **Genou mécatronique testé ?**
 - Non. Motif :
 - Oui, nombre?

- **Description test 1 :**

Type de genou :

 - MCK I Quel genou?
 - MCK II Quel genou?

Type de pied :

 - pied en composite
 - pied avec élément-ressort en polymère
 - autre :

Type d'articulation de hanche (si d'application) :

avec unité pneumatique unité hydraulique

tridimensionnelle oui non

autre :

- **Description test 2 :**

Type de genou :

 - MCK I Quel genou?
 - MCK II Quel genou?

Type de pied :

 - pied en composite
 - pied avec élément-ressort en polymère
 - autre :

Type d'articulation de hanche (si d'application) :

avec unité pneumatique unité hydraulique

tridimensionnelle oui non

autre :

- **Description test 3 :**

Type de genou :

 - MCK I Quel genou?
 - MCK II Quel genou?

Type de pied :

 - pied en composite
 - pied avec élément-ressort en polymère
 - autre :

Type d'articulation de hanche (si d'application) :

avec unité pneumatique unité hydraulique

tridimensionnelle oui non

autre :

c) Description de la prothèse proposée après la batterie de tests

- **Forme du fût :**
 - quadrilatérale avec appui ischiatique
 - forme de fût avec tubérosité ischiatique
 - autre:

- **Liner :**
 - sur mesure
 - standardSystème de broche, vide ou autre :

- **Choix de genou mécatronique après les tests :**
 - MCK I Quel genou?
 - MCK II Quel genou?

- Type de pied :**
 - pied en composite
 - pied avec élément-ressort en polymère
 - autre :

- Type d'articulation de hanche (si d'application) :**
 - avec unité pneumatique unité hydraulique
 - tridimensionnelle oui non
 - autre :

- **Motivation des composants proposés :**
.....
.....
.....

Êtes-vous certifié pour l'assemblage du genou choisi ?

- non
- oui, date du certificat :/...../.....

Date :/..../.....

Nom + signature du dispensateur :

Numéro d'identification INAMI :

Partie 3 Rapport des résultats de la mesure de base et essai avec genou mécatronique
 (à compléter par le médecin-rééducateur ainsi que l'équipe de rééducation fonctionnelle et le prothésiste)

	Instrument de mesure/test	Date mesure de base :/...../..... Résultat mesure de base	Date test MCK :/...../..... Résultat test avec genou mécatronique
AMP PRO	Score total AMP PRO/47/47
AMPR PRO scores	Score AMP PRO 13 Score AMP PRO 16 Score AMP PRO 17 Score AMP PRO 18 Score AMP PRO 19 Score AMP PRO 21	Score AMP PRO 13 Score AMP PRO 16 Score AMP PRO 17 Score AMP PRO 18 Score AMP PRO 19 Score AMP PRO 21	Score AMP PRO 13 Score AMP PRO 16 Score AMP PRO 17 Score AMP PRO 18 Score AMP PRO 19 Score AMP PRO 21
Risque de chute et équilibre	Timed Up and Go (TUG) Score 0-3	<input type="checkbox"/> 1 normal < 10 sec <input type="checkbox"/> 2 adéquat < 19 sec <input type="checkbox"/> 3 problématique ≥ 20 sec	<input type="checkbox"/> 1 normal < 10 sec <input type="checkbox"/> 2 adéquat < 19 sec <input type="checkbox"/> 3 problématique ≥ 20 sec
	Nombre de chutes ces 4 dernières semaines	<u>Cf. formulaire A1</u> <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> x/jour <input type="checkbox"/> x/semaine <input type="checkbox"/> x/mois	<u>Cf. formulaire A2</u> <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> x/jour <input type="checkbox"/> x/semaine <input type="checkbox"/> x/mois
	Confiance dans la conservation de l'équilibre (score 0-100%)	<u>Cf. formulaire A1</u> Score	<u>Cf. formulaire A2</u> Score
Tests de marche (vitesse de marche, distance)			
a) Désarticulation du genou ou amputation de la cuisse (unilatérale)	Min. 15 min de marche sans s'asseoir Min. 300 m de marche sans s'asseoir	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :
b) désarticulation de la hanche ou hémipelvectomie (unilatérale)	Min. 10 min de marche sans s'asseoir Min. 200 m de marche sans s'asseoir	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :
c) Amputation bilatérale avec perte d'une articulation du genou	Min. 10 min de marche sans s'asseoir Min. 200 m de marche sans s'asseoir	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :
d) Amputation bilatérale avec perte des deux articulations du genou	Min. 5 min de marche sans s'asseoir Min. 100 m de marche sans s'asseoir	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, distance + minutes :

Type de démarche (longueur de pas, symétrie, prise d'appui effective, changement de cadence)	Vidéo	Description :	Description :
Monter et descendre une pente	c) Hill assessment index (HAI) 5° (Score 0-11) Vidéo	Score: /11	Score: /11
Monter et descendre des escaliers	d) Stair assessment index (SAI) (score 0-13) Vidéo	Score: / 13	Score: /13
Autres aptitudes fonctionnelles : Doublés tâches (uniquement Type II)	VIDÉO e) Mener une discussion ou lire des indications en marchant f) Pouvoir transporter un objet en marchant	<input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Impossible Description : <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Impossible Description :	<input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Impossible Description : <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Impossible Description :

La prothèse répond-elle à la demande d'aide/ aux attentes ? (voir formulaire A)	NRS (Numeric Rating Scale) 0-----10	NRS: Libellé :.....	NRS: Libellé :.....
	Capacité à utiliser la prothèse	Score /12	Score /12

Évaluation finale globale après le test	Classe de mobilité (avec prothèse d'évaluation/prothèse mécanique)	Classe de mobilité attendue avec genou mécatronique																				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="383 312 421 363">1</td> <td data-bbox="421 312 1113 363">patients sans perspective de récupérer la fonction de marche</td> </tr> <tr> <td data-bbox="383 363 421 448">2</td> <td data-bbox="421 363 1113 448">patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements</td> </tr> <tr> <td data-bbox="383 448 421 560">3</td> <td data-bbox="421 448 1113 560">patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur</td> </tr> <tr> <td data-bbox="383 560 421 611">4</td> <td data-bbox="421 560 1113 611">patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse</td> </tr> <tr> <td data-bbox="383 611 421 695">5</td> <td data-bbox="421 611 1113 695">patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé au § 13, C., 2°, réalisé sans aucune aide ou autre soutien</td> </tr> </table>	1	patients sans perspective de récupérer la fonction de marche	2	patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements	3	patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur	4	patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse	5	patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé au § 13, C., 2°, réalisé sans aucune aide ou autre soutien	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1169 312 1207 363">1</td> <td data-bbox="1207 312 1899 363">patients sans perspective de récupérer la fonction de marche</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1169 363 1207 448">2</td> <td data-bbox="1207 363 1899 448">patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacement</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1169 448 1207 560">3</td> <td data-bbox="1207 448 1899 560">patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1169 560 1207 611">4</td> <td data-bbox="1207 560 1899 611">patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1169 611 1207 695">5</td> <td data-bbox="1207 611 1899 695">patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé au § 13, C., 2°, réalisé sans aucune aide ou autre soutien</td> </tr> </table>	1	patients sans perspective de récupérer la fonction de marche	2	patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacement	3	patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur	4	patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse	5	patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé au § 13, C., 2°, réalisé sans aucune aide ou autre soutien
1	patients sans perspective de récupérer la fonction de marche																					
2	patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements																					
3	patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur																					
4	patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse																					
5	patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé au § 13, C., 2°, réalisé sans aucune aide ou autre soutien																					
1	patients sans perspective de récupérer la fonction de marche																					
2	patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacement																					
3	patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant un(des) appareil(s) d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur																					
4	patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse																					
5	patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé au § 13, C., 2°, réalisé sans aucune aide ou autre soutien																					
Description de l'évaluation finale globale																						

Indication genou mécatronique	<input type="checkbox"/> Non, motivation : <input type="checkbox"/> Oui, motivation :
-------------------------------	--

Partie 4 - Prescription genou mécatronique

Prescription prothèse membre inférieur

- Prothèse de genou mécatronique avec laquelle le test ci-dessus a été réalisé³:
 - Unité de genou type I
 - Unité de genou type II
- Charnière de hanche tridimensionnelle avec unité pneumatique of hydraulique
- Autre type de prothèse :

Identification du médecin spécialiste

Nom et prénom :

Numéro d'identification INAMI :

Date :/...../.....

Signature :

³ Description cf. Partie 2, c)