**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 |
| Médecin spécialiste[[1]](#footnote-1) :Nom et prénom :Numéro d'identification INAMI :Médecin traitant spécialiste[[2]](#footnote-2) :Nom et prénom :Numéro d'identification INAMI :*Équipe de rééducation (ergothérapeute (1)/ kinésithérapeute (2)) :*1. *Nom et prénom :*

*Numéro d'identification INAMI :*1. *Nom et prénom :*

*Numéro d'identification INAMI :*Prothésiste:Nom et prénom :Numéro d'identification INAMI : |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Première prothèse□ Renouvellement, description de la précédente : ............ | Taille : .............. m Poids :................ Kg (sans la prothèse) |

**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)*

1. **FONCTIONS et STRUCTURES ANATOMIQUES et AFFECTIONS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Côté | Niveau d’amputation | Date d’amputation |
| □ Droit □ Gauche | Pied / transtibial / désarticulation du genou / transfémoral / désarticulation de la hanche/ hémipelvectomie Pied / transtibial / désarticulation du genou / transfémoral / désarticulation de la hanche/ hémipelvectomie | …………………… |

|  |
| --- |
| Cause de l’amputation :  |
| □ Troubles vasculaires □ Diabète+/- troubles vasculaires □ Traumatisme □ Infection□ Oncologique □ Congénital □ Autre : …………………………… |

|  |
| --- |
| Comorbidité |
| □ Cœur / poumon : □ Neurologique : □ Articulations : □ Situation de l’autre jambe : □ Fonction membre supérieur :  | □ Troubles cognitifs/troubles de la capacité d’apprentissage  □ Angoisse de mouvement : □ Trouble de l’humeur : □ Vision : □ Autre :  |

|  |  |
| --- | --- |
| Propriétés du moignon  |  |
| Longueur (en cm) : transfémoral à partir du grand trochanter  |  cm |
| Forme |  |
| Quelles parties |  |
| Volume | □ stable □ variable |
| Peau :  |  |
| Possibilité d’appui distal sur le moignon  | □ total □ partiel □ impossible |
| État vasculaire |  |
| Douleur  |  |
| Sensibilité |  |
| Ostéo-intégration  | □ oui □ non |

|  |
| --- |
| Particularités articulations (côté de l’amputation) |
| □ ROM (contracture) hanche : □ Instabilité articulaire hanche : □ Force musculaire hanche (0-5) : flexion ……./5 extension ……./5 abduction……. /5 adduction……. /5□ Douleur :  |

|  |
| --- |
| Membre controlatéral |
| Hanche  | Genou  |
| ROM : □ OK □ diminué : ……………………………………Force musculaire (0-5) : …. /5Stabilité :□ OK □ diminué: ……………………………………Douleur : □ non □ oui : …………………………………………… | ROM : □ OK □ diminué : ……………………………………Force musculaire (0-5) : …. /5Stabilité :□ OK □ diminué : ……………………………………Douleur : □ non □ oui : …………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Membre supérieur  |
| Droit | Force : □ normale □ diminuée : …………………….. □ insuffisante/ absente : ……………….Fonction de la main : □ normale □ diminuée : ……………………… □ insuffisante/absente : ………………… |
| Gauche | Force : □ normale □ diminuée : …………………….. □ insuffisante/ absente : …………………Fonction de la main : □ normale □ diminuée : ……………………… □ insuffisante/absente : ………………… |

1. **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 ? | □ travailler , se retourner dans de petits espaces, ...□ rester longtemps debout□ marcher en alternance sur des escaliers□ franchir rapidement des obstacles□ autre : …………………………………… |
| Existe-t-il des raisons médicales pour lesquelles les prothèses de type II ne conviennent pas aux essais ?  | □ non□ limitation conditionnelle□ autre : …………………………………… |

|  |
| --- |
| Indication du test |
| Selon vous, y a-t-il suffisamment d'arguments pour effectuer un test avec une articulation de genou mécatronique ?□ non□ 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 mécatronique :Un renouvellement de l’articulation de genou mécatronique est-il indiqué ? □ Oui □ non  |

|  |
| --- |
| Avez-vous suivi une formation en matière de rééducation fonctionnelle avec des genoux mécatroniques de type I et II ?□ non □ oui, quand ?……………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Identification du médecin spécialisteNom 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)***

|  |
| --- |
| 1. **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□ standard Système 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 hydrauliquetridimensionnelle □ oui □ non* Date de délivrance : ………./………./……….
 |

|  |
| --- |
| Date : …./…../…….Nom + signature du dispensateur :Numéro d'identification INAMI : |

|  |
| --- |
| 1. **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
* standard

Système 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 hydrauliquetridimensionnelle □ 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 hydrauliquetridimensionnelle □ 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 hydrauliquetridimensionnelle □ oui □ non* autre : ………………………………………………………………………………
 |

|  |
| --- |
| 1. **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
* standard

Système 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 hydrauliquetridimensionnelle □ oui □ non* autre : ………………………………………………………………………………
* Motivation des composants proposés : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 |

**Êtes-vous certifié pour l’assemblagedu 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 13Score AMP PRO 16Score AMP PRO 17Score AMP PRO 18Score AMP PRO 19Score AMP PRO 21 | Score AMP PRO 13Score AMP PRO 16Score AMP PRO 17Score AMP PRO 18Score AMP PRO 19Score AMP PRO 21 | Score AMP PRO 13Score AMP PRO 16Score AMP PRO 17Score AMP PRO 18Score AMP PRO 19Score AMP PRO 21 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Risque de chute et équilibre** | Timed Up and Go (TUG)Score 0-3 | □ 1 normal < 10 sec□ 2 adéquat < 19 sec□ 3 problématique ≥ 20 sec | □ 1 normal < 10 sec□ 2 adéquat < 19 sec□ 3 problématique ≥ 20 sec |
| Nombre de chutes ces 4 dernières semaines  | Cf. formulaire A1□ aucune□ …… x/jour □ …… x/semaine □ …… x/mois  | Cf. formulaire A2□ aucune□ …… x/jour□ …… x/semaine □ …… x/mois |
| Confiance dans la conservation de l’équilibre (score 0-100%) | Cf. formulaire A1Score …… | Cf. formulaire A2Score …… |
| **Tests de marche**(vitesse de marche, distance) |  |  |  |
| a) Désarticulation du genou ou amputation de la cuisse (unilatérale) | Min. 15 min de marche sans s’asseoirMin. 300 m de marche sans s’asseoir | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… |
| b) désarticulation de la hanche ou hémipelvectomie (unilatérale) | Min. 10 min de marche sans s’asseoirMin. 200 m de marche sans s’asseoir | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… |
| c) Amputation bilatérale avec perte d’une articulation du genou | Min. 10 min de marche sans s’asseoirMin. 200 m de marche sans s’asseoir | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… |
| d) Amputation bilatérale avec perte des deux articulations du genou | Min. 5 min de marche sans s’asseoirMin. 100 m de marche sans s’asseoir | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ oui, distance + minutes : ……………… | □ non □ oui, distance + minutes : ………………□ non □ 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 :**Doubles tâches *(uniquement Type II)* | VIDÉOe) Mener une discussion ou lire des indications en marchantf) Pouvoir transporter un objet en marchant  | □ Possible □ ImpossibleDescription : □ Possible □ ImpossibleDescription :  | □ Possible □ ImpossibleDescription :□ Possible □ ImpossibleDescription :  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 pothèse | 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 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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**  | □ Non, motivation :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...□ Oui, motivation :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**Partie4 – Prescription genou mécatronique**

|  |
| --- |
| **Prescription prothèse membre inférieur** |
| □ Prothèse de genou mécatronique avec laquelle le test ci-dessus a été réalisé[[3]](#footnote-3):□ 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 spécialisteNom et prénom :Numéro d'identification INAMI :Date : ……/……./…………………..Signature : |

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. [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Description cf. Partie 2, c) [↑](#footnote-ref-3)