

16 JANUARI 2020. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op de adviezen van de Overeenkomsten-commissie orthopedisten-verzekeringsinstellingen van 3 december 2019;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 16 januari 2020,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 6, § 1, 7°, van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals laatstelijk gewijzigd bij de verordening van 13 juli 2015, wordt aangevuld met twee leden, luidende :

“- het evaluatiegetuigschrift en geneeskundig voorschrift voor een mechatronische knie, conform het model vervat in bijlage 21ter;

- het zelfrapporteringsformulier voor een mechatronische knie vóór en na de testbatterij, conform het model vervat in bijlage 21quater;

Art. 2. In dezelfde verordening worden de bijlagen 21ter en 21quater, gevoegd bij deze verordening, toegevoegd.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 februari 2021.

Brussel, 16 januari 2020.

De Leidend Ambtenaar,
M. DAUBIE
Directeur-generaal a.i.

De Voorzitter,
J. VERSTRAETEN

16 JANVIER 2020. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'avis de la Commission de conventions orthopédistes-organismes assureurs du 3 décembre 2019;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 16 janvier 2020,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 6, § 1^{er}, 7°, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que modifié en dernier lieu par le règlement du 13 juillet 2015, est complété par deux alinéas rédigés comme suit:

« - l'attestation d'évaluation et la prescription médicale pour un genou mécatronique, conforme au modèle repris à l'annexe 21ter; ;

“- le formulaire d'auto-reporting pour un genou mécatronique avant et après la batterie de tests, conforme au modèle repris à l'annexe 21quater;

Art. 2. Dans le même règlement, les annexes 21ter et 21quater, jointes au présent règlement, sont ajoutées.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} février 2021.

Bruxelles, le 16 janvier 2020.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
M. DAUBIE
Directeur général a.i.

Le Président,
J. VERSTRAETEN

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 21ter

Evaluatiegetuigschrift en geneeskundig voorschrift voor een mechatronische knie

Identificatie rechthebbende (of klever ziekenfonds)	
Naam en voornaam rechthebbende: Adres: Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid : Naam ziekenfonds of nummer:	
Identificatie zorgverstrekkers	
<u>Arts-specialist¹:</u> Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer: <u>Behandelend arts-specialist²:</u> Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer: <u>Reva-team (ergotherapeut (1)/ kinesitherapeut (2)):</u> (1) Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer: (2) Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer: <u>Prothesist:</u> Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer:	
<input type="checkbox"/> Eerste prothese <input type="checkbox"/> Hernieuwing , omschrijving vorige:	Lengte : m Gewicht: kg (zonder prothese)

¹ Arts-specialist verbonden aan een revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie, voorzien in § 13, A., 2°, van artikel 29 van de nomenclatuur.

² Indien de patiënt niet revalideert in een centrum voor locomotorische en neurologische revalidatie kan deel 1, a) van dit document, ook ingevuld worden door zijn behandelend arts-specialist, voorzien in §13, A., 1°, van artikel 29 van de nomenclatuur.

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Deel 1 - EVALUATIE en indicatiestelling voor test met mechatronisch knieprothese

(in te vullen door arts-specialist conform art 29, § 13)

a) FUNCTIES en ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN en AANDOENINGEN

Zijde	Amputatieniveau	Datum amputatie
<input type="checkbox"/> Rechts	Voet/ transtibiaal/ knie-exarticulatie / transfemoraal / heupexarticulatie/hemipelvectomie
<input type="checkbox"/> Links	Voet/ transtibiaal/ knie-exarticulatie / transfemoraal / heupexarticulatie/hemipelvectomie

Oorzaak amputatie:			
<input type="checkbox"/> Vaatlijden	<input type="checkbox"/> Diabetes+/- vaatlijden	<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Infectie
<input type="checkbox"/> Oncologisch	<input type="checkbox"/> Congenitaal	<input type="checkbox"/> Andere :.....	

Co-morbiditeit	
<input type="checkbox"/> Hart / long:	<input type="checkbox"/> Cognitieve stoornissen/ gestoord leervermogen:
<input type="checkbox"/> Neurologisch:	<input type="checkbox"/> Bewegingsangst:
<input type="checkbox"/> Gewrichten:	<input type="checkbox"/> Stemmingsstoornis:
<input type="checkbox"/> Toestand ander been:	<input type="checkbox"/> Visus:
<input type="checkbox"/> Functie bovenste lidmaat:	<input type="checkbox"/> Andere:

Eigenschappen van de stomp	
Lengte (in cm): transfemoraal vanaf trochanter major	cm
Vorm	
Weke delen	
Volume	<input type="checkbox"/> stabiel <input type="checkbox"/> variabel
Huid:	
Mogelijkheid steunen distaal op stomp	<input type="checkbox"/> totaal <input type="checkbox"/> partieel <input type="checkbox"/> onmogelijk
Vasculaire toestand	
Pijn	
Sensibiliteit	
Osseo-integratie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

Bijzonderheden gewrichten (amputatiezijde)
<input type="checkbox"/> ROM (contractuur) heup:
<input type="checkbox"/> Gewrichtsinstabiliteit heup:
<input type="checkbox"/> Spierkracht heup (0-5): flexie/5 extensie/5 abductie..... /5 adductie..... /5
<input type="checkbox"/> Pijn:

Contralateraal lidmaat	
Heup	Knie
ROM : <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> verminderd :	ROM : <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> verminderd :
Spierkracht (0-5): /5	Spierkracht (0-5): /5
Stabiliteit: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> verminderd :	Stabiliteit: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> verminderd :
Pijn: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja:	Pijn: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja :

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bovenste lidmaat	
Rechts	Kracht: <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> verminderd: <input type="checkbox"/> onvoldoende/ afwezig:..... Handfunctie: <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> verminderd: <input type="checkbox"/> onvoldoende /afwezig:
Links	Kracht: <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> verminderd: <input type="checkbox"/> onvoldoende/ afwezig:..... Handfunctie: <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> verminderd: <input type="checkbox"/> onvoldoende /afwezig:

b) ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE / FUNCTIONEREN EN BEOOGD FUNCTIONEREN

Vaststellingen en zorgvraag	
Problemen met de huidige prothese (op vlak van mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, maatschappelijke integratie en participatie,)	
Welke specifieke activiteiten worden verwacht met de nieuw te testen prothese te kunnen uitvoeren ?	<input type="checkbox"/> werken in kleine ruimtes, kort draaien, ... <input type="checkbox"/> langdurig staan <input type="checkbox"/> trappen alternerend nemen <input type="checkbox"/> vlot hindernissen nemen <input type="checkbox"/> andere:
Zijn er medische redenen waardoor type II prothese niet aangewezen is om te testen?	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> conditionele beperking <input type="checkbox"/> andere:

Indicatiestelling test
Zijn er volgens u voldoende argumenten voor het uitvoeren van een test met een mechatronisch kniegewricht ? <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, ik schijf de montageonderdelen en technische handelingen ter voorbereiding van de prothese voor de testbatterij voor.
In te vullen in kader van hernieuwing prothese met mechatronische kniegewricht: Is een hernieuwing van mechatronische kniegewricht geïndiceerd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> neen

Heeft u een opleiding gevolgd inzake revalidatie met mechatronische knieën Type I en Type II? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, wanneer ?.....

Identificatie arts-specialist
Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer: Datum :/...../..... Handtekening:

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Deel 2 -Orthopedisch-technische evaluatie in kader van protocol mechatronische knie (in te vullen door prothesist)

a) Beschrijving actuele prothese waarmee de nulmeting wordt uitgevoerd
<ul style="list-style-type: none"> • Kokervorm : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> quadrilateraal met tuber steun <input type="checkbox"/> kokervorm met omvatting tuber ischiadicum <input type="checkbox"/> andere : • Liner : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> op maat <input type="checkbox"/> standaard pinsysteem, vacuum of ander : • Type knie : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mechanisch met vaststelling <input type="checkbox"/> mechanisch zonder vaststelling <input type="checkbox"/> pneumatisch <input type="checkbox"/> hydraulisch <input type="checkbox"/> mechatronisch Type I <input type="checkbox"/> mechatronisch Type II • Type voet: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> composietvoet <input type="checkbox"/> voet met polymeerveer <input type="checkbox"/> andere: • Type heupgewricht (indien van toepassing): <ul style="list-style-type: none"> met <input type="checkbox"/> pneumatische unit <input type="checkbox"/> hydraulische unit driedimensionaal <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Datum levering:/...../.....

<p>Datum :/..../.....</p> <p>Naam + handtekening verstrekker :</p> <p>Riziv identificatienummer :</p>

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

b) Beschrijving prothese waarmee de testbatterij wordt uitgevoerd

- Kokervorm :
 - quadrilateraal met tubersteun
 - kokervorm met omvatting tuber ischiadicum
 - andere :

- Liner :
 - op maat
 - standaard
 - pinsysteem, vacuüm of ander :

- Nieuwe proefkoker gebruikt voor test:
 - neen
 - ja

- Mechatronische knie uitgetest?
 - Neen. Reden:
 - Ja , aantal?

- Beschrijving test 1:
 - Type Knie:
 - MCK I Welke knie?
 - MCK II Welke knie?

 - Type voet:
 - composietvoet
 - voet met polymeerveer
 - andere:

 - Type heupgewricht (indien van toepassing):
 - met pneumatische unit hydraulische unit
 - driedimensionaal ja nee
 - andere:

- Beschrijving test 2:
 - Type Knie:
 - MCK I Welke knie?
 - MCK II Welke knie?

 - Type voet:
 - composietvoet
 - voet met polymeerveer
 - andere:

 - Type heupgewricht (indien van toepassing):
 - met pneumatische unit hydraulische unit
 - driedimensionaal ja nee
 - andere:

- Beschrijving test 3:
 - Type Knie:
 - MCK I Welke knie?
 - MCK II Welke knie?

 - Type voet:
 - composietvoet
 - voet met polymeerveer
 - andere:

 - Type heupgewricht (indien van toepassing):
 - met pneumatische unit hydraulische unit
 - driedimensionaal ja nee
 - andere:

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

c) Beschrijving voorgestelde prothese na de testbatterij

- Kokervorm :
 - quadrilateraal met tubersteun
 - kokervorm met omvatting tuber ischiadicum
 - andere :

- Liner :
 - op maat
 - standaard
 - pinsysteem, vacuüm of ander :

- Keuze van mechatronische knie na de testen :
 - MCK I Welke knie?
 - MCK II Welke knie?

- Type voet:
 - composietvoet
 - voet met polymeerveer
 - andere:

- Type heupgewricht (indien van toepassing):
 - met pneumatische unit hydraulische unit
 - driedimensionaal ja nee
 - andere:

- Motivatie van voorgestelde onderdelen :
 -
 -
 -

Bent u gecertificeerd voor het inmonteren van de gekozen knie?

- neen
- ja, datum van het certificaat :/...../.....

Datum :/..../.....

Naam + handtekening verstrekker :

RIZIV identificatienummer :

Deel 3 Rapportering resultaten nulmeting en proef met mechatronische knie (in te vullen door revalidatiearts samen met reva-team en prothesist)

Meetinstrument/test	Datum nulmeting:/...../..... Resultaat nulmeting/47	Datum test MCK:/...../..... Resultaat test met mechatronische knie/47
AMP PRO	Totaal score AMP PRO	Score AMP PRO 13: Score AMP PRO 16: Score AMP PRO 17: Score AMP PRO 18: Score AMP PRO 19: Score AMP PRO 21:
AMP PRO scores items	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:
Valrisico en balans	Timed Up and Go (TUG) Score 0-3	<input type="checkbox"/> 1 normaal < 10 sec <input type="checkbox"/> 2 adequaat < 19 sec <input type="checkbox"/> 3 problematisch ≥ 20 sec
	Aantal keren gevallen de afgelopen 4 weken	Zie formulier A2 <input type="checkbox"/> niet <input type="checkbox"/> x/dag <input type="checkbox"/> x/week <input type="checkbox"/> x/maand
	Vertrouw in het bewaren van evenwicht (score 0-100%)	Zie formulier A2 Score
Staptesten (stapsnelheid, afstand)		
a) Knieëarticulatie of dijamputatie (unilateraal)	Min. 15 min stappen zonder te zitten Min. 300 m stappen zonder te zitten	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min:
b) Heuparticulatie of hemipelvectomie (unilateraal)	Min. 10 min stappen zonder te zitten Min. 200 m stappen zonder te zitten	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min:
c) Bilaterale amputatie met verlies van 1 kniegewricht	Min. 10 min stappen zonder te zitten Min. 200 m stappen zonder te zitten	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min:
d) Bilaterale amputatie met verlies van de twee kniegewrichten	Min. 5 min stappen zonder te zitten Min. 100 m stappen zonder te zitten	<input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min: <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> ja, afstand + min:

Gangpatroon (staplengte, symmetrie, effectieve steunname cadanswijziging)	Video	Beschrijving:	Beschrijving:
Hellend vlak op en af gaan	c) Hill assessment index (HAI) 5° (Score 0-11) Video	Score: /11	Score: /11
Trap op en af	d) Stair assessment index (SAI) (score 0-13) Video	Score: / 13	Score: /13
<u>Andere functionele vaardigheden:</u> Dubbeltaken (enkel voor Type II)	VIDEO e) Al stappend een gesprek voeren of aanwijzingen lezen f) Al stappend voorwerp kunnen dragen	<input type="checkbox"/> Mogelijk <input type="checkbox"/> Onmogelijk Beschrijving:	<input type="checkbox"/> Mogelijk <input type="checkbox"/> Onmogelijk Beschrijving:

Voldoet prothese aan hulpvraag/ verwachtingen? (uit formulier A)	NRS (Numerieke Rating Scale) 0-----10	NRS: Omschrijving:.....	NRS: Omschrijving:.....
	Bekwaamheid bij het gebruik van de prothese	Score /12	Score /12

<p>Globale eindbeoordeling na de test</p>	<p>Mobiliteitsklasse (met evaluatieprothese/mechanische prothese)</p>	<p>Verwachte mobiliteitsklasse met mechatronische knie</p>																				
	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulp(en) en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp gebruiken</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in § 13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun</td> </tr> </table>	1	patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie	2	patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen	3	patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulp(en) en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen	4	actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp gebruiken	5	zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in § 13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulp(en) en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp gebruiken</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in § 13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun</td> </tr> </table>	1	patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie	2	patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen	3	patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulp(en) en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen	4	actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp gebruiken	5	zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in § 13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun
1	patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie																					
2	patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen																					
3	patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulp(en) en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen																					
4	actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp gebruiken																					
5	zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in § 13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun																					
1	patiënten zonder vooruitzicht op een loopfunctie																					
2	patiënten met een zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen zijn op hulp van derden voor transfer/verplaatsingen																					
3	patiënten met een beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulp(en) en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen																					
4	actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulp gebruiken																					
5	zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de in § 13, C, 2°, bedoelde looptest zonder loophulp of andere steun																					
<p>Beschrijving globale eindbeoordeling</p>																						
<p>Indicatie mechatronische knie</p>	<p><input type="checkbox"/> Neen, motivering:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, motivering:.....</p>																					

Deel 4 - Voorschrift mechatronische knie**Voorschrift prothese onderste lidmaat**

- Mechatronische knieprothese waarmee bovenstaande test is uitgevoerd³:
 - Knie-unit type I
 - Knie-unit type II
- Driedimensionaal heupscharnier met pneumatische of hydraulische unit
- Ander type prothese :

Identificatie arts-specialist

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

Datum :/...../.....

Handtekening:

³ Beschrijving zie deel 2, c)

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 21quater
Zelfrapporteringsformulier voor een mechatronische knie - In te vullen door de patiënt

Identificatie rechthebbende (of klever ziekenfonds)
Naam en voornaam rechthebbende: Adres: Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid : Naam ziekenfonds of nummer:

Formulier A1: zelfrapportering VOOR de testbatterij

Amputatie en huidige prothese

1. Datum amputatie :/...../.....
2. Wat is de reden van uw amputatie?:
 ongeval : arbeidsongeval gemeen recht ongeval ander ongeval:.....
 andere (te specificeren):
3. Socio-familiale en professionele situatie
 Bent u:
 alleenwonend
 niet alleenwonend
 Huishouden:
 zelfstandig zonder hulp
 gedeeltelijk met hulp: familie thuiszorgdienst
 Bent u professioneel actief?
 neen op pensioen sinds :
 ja
 beroep vóór de amputatie:
 beroep sinds de amputatie:

Omgevingsfactoren

4. Thuisomgeving
 vlak heuvelachtig
5. Woning
 huis appartement
 gelijkvloers
 verdieping (hoeveelste verdieping)
 Is er een lift: ja neen
 Kan u gebruik maken van de trap?
 neen
 ja : zonder hulpmiddel
 met hulpmiddel: kruk trapleuning traplif

Activiteiten en participatie (thuis/werk)

6. Welke fysieke activiteiten oefent u regelmatig uit?
 poetsen boodschappen doen tuinieren uitstappen en recreatie
 zorg voor kinderen verzorging zorgafhankelijke persoon
 wandelen : vlak terrein heuvelachtig terrein oneffen terrein
 andere activiteiten/hobby's/sporten:

7. Stapt u regelmatig aan een variabele snelheid (variatie van snelheid)?
 dagelijks zelden nooit

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

8. Moet u voorwerpen kunnen dragen tijdens het stappen met uw prothese?

- neen
 ja : dagelijks meerder keren/week meerder keren/maand zelden

9. Moet u zich kunnen verplaatsen in kleine ruimtes?

- neen
 ja : dagelijks meerdere keren/week meerdere keren/maand zelden

10. Fysieke belasting beroepsactiviteiten:

- niet van toepassing
 hoofdzakelijk zittend werk hoofdzakelijk staand werk
 afwisselend staan en zitten
 lichte activiteit matige zware activiteit zware activiteit
 eenzijdige belasting
 frequent lange afstanden stappen
 frequent trappen doen
 effen terrein oneffen terrein
 vlak terrein hellend terrein

Tillen en dragen zware voorwerpen? ja neen

In vochtige ruimtes / in contact met water ? ja neen

11. Omgeving werk:

- niet van toepassing
 gelijkvloers
 op verdieping : trap lift

12. Welke vervoersmiddel gebruikt u voor uw verplaatsingen?

- auto: soms vaak dagelijks
 fiets: soms vaak dagelijks
 openbaar vervoer: soms vaak dagelijks

13. Hoeveel uren per dag draagt u uw prothese? Ongeveer uren

Hoeveel stapt u op een dag ? aantal uren:/ aantal stappen:/ afstand:

14. Hoe vaak bent u de afgelopen 4 weken gevallen?

- niet x/dag ...x/week ..x /maand

Gevolgen na val:

- geen breuk kneuzing verrekking/gewrichtsletsel

Andere:

Hospitalisatie ten gevolge van val? : ja neen

15. Hoe tevreden bent u over uw huidige prothese?

- zeer tevreden tevreden voldoende tevreden geen mening

ontevreden sterk ontevreden

Indien (sterk) ontevreden, uitleg:

.....

16. Welke mate van veiligheid ervaart u met uw huidige prothese?

- zeer tevreden tevreden voldoende tevreden geen mening

ontevreden sterk ontevreden

Indien (sterk) ontevreden, uitleg:

.....

Bijlage bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Verwachtingen

17. Wat verwacht u van een mechatronische knieprothese?

.....

Beoordeel uw bekwaamheid in de afgelopen 4 weken bij het gebruik van uw huidige prothese op de volgende activiteiten:

	Niet mogelijk (bekwaamheid <5%)	Zeer moeilijk (bekwaam- heid 5- 34%)	Eerder moeilijk (bekwaam- heid 35- 64%)	Eerder makkelijk (bekwaam- heid 65- 95%)	Zonder problemen (bekwaam- heid >95%)
1. Wandelen					
2. In kleine ruimtes te lopen					
3. De trap <i>op</i> lopen					
4. De trap <i>af</i> lopen					
5. Een steile helling <i>op</i> lopen					
6. Een steile helling <i>af</i> lopen					
7. Op het voetpad en op straat lopen					
8. Op een gladde ondergrond lopen (bijv. natte tegels, sneeuw, een regenachtige straat of het dek van een boot)					
9. Een auto in- en uitstappen					
10. Zitten in en weer rechtstaan uit een hoge stoel (bv. Eetkamerstoel, keukenstoel of bureaustoel)					
11. Zitten in en weer rechtstaan uit een lage, zachte stoel (bv. Relaxstoel of lage zetel)					
12. Zitten in en weer rechtstaan van op het toilet met een normale hoogte zonder hulpmiddelen					

Hoeveel vertrouwen hebt u erin om uw evenwicht te bewaren met uw huidige prothese als u:

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1. door het huis loopt?											
2. de trap op- of afloopt?											
3. voorover buigt om een pantoffel te pakken die vooraan onder in een kast ligt?											
4. reikt om een blijkje te pakken dat op ooghoogte op een plank staat?											
5. op uw tenen staat en reikt om iets boven uw hoofd te pakken?											
6. op een stoel staat en reikt om iets te pakken?											
7. de vloer veegt?											
8. buitenshuis naar een op de oprit geparkeerde auto loopt?											
9. in of uit de auto stapt?											
10. over een parkeerterrein naar een winkelcentrum loopt?											
11. een helling op- of afloopt?											
12. in een druk winkelcentrum loopt waar allerlei mensen u snel passeren?											
13. in het winkelcentrum loopt en mensen tegen u aan lopen?											
14. de roltrap opstapt of verlaat met uw handen aan de leuning?											
15. de roltrap opstapt of verlaat met aankopen in uw handen, waardoor u de leuning niet kunt vasthouden?											
16. op een stoep loopt waar sneeuw of ijs op ligt?											

Formulier A2: zelfrapportering NA de testbatterij

18. Voldoet mechatronische knieprothese aan de verwachtingen?

Numerieke schaal op 10 (waarbij 0 = voldoet helemaal niet aan de verwachtingen en 10 = voldoet volledig aan de verwachtingen). Omcirkel wat van toepassing is:

0 - 1 -2- 3- 4- 5- 6- 7- 8-9-10

Beoordeel uw bekwaamheid tijdens de testperiode bij het gebruik van de prothese met mechatronische knie op de volgende activiteiten:

	Niet mogelijk (bekwaamheid < 5%)	Zeer moeilijk (bekwaam- heid 5- 34%)	Eerder moeilijk (bekwaam- heid 35- 64%)	Eerder makkelijk (bekwaam- heid 65- 95%)	Zonder problemen (bekwaam- heid >95%)
1. Wandelen					
2. In kleine ruimtes te lopen					
3. De trap <i>op</i> lopen					
4. De trap <i>af</i> lopen					
5. Een steile helling <i>op</i> lopen					
6. Een steile helling <i>af</i> lopen					
7. Op het voetpad en op straat lopen					
8. Op een gladde ondergrond lopen (bijv. natte tegels, sneeuw, een regenachtige straat of het dek van een boot)					
9. Een auto in- en uitstappen					
10. Zitten in en weer rechtstaan uit een hoge stoel (bv. Eetkamerstoel, keukenstoel of bureaustoel)					
11. Zitten in en weer rechtstaan uit een lage, zachte stoel (bv. Relaxstoel of lage zetel)					
12. Zitten in en weer rechtstaan van op het toilet met een normale hoogte zonder hulpmiddelen					

Hoeveel vertrouwen hebt u erin om uw evenwicht te bewaren met de prothese met mechatronische knie als u:

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1. door het huis loopt?											
2. de trap op- of afloopt?											
3. voorover buigt om een pantoffel te pakken die vooraan onder in een kast ligt?											
4. reikt om een blijkje te pakken dat op ooghoogte op een plank staat?											
5. op uw tenen staat en reikt om iets boven uw hoofd te pakken?											
6. op een stoel staat en reikt om iets te pakken?											
7. de vloer veegt?											
8. buitenshuis naar een op de oprit geparkeerde auto loopt?											
9. in of uit de auto stapt?											
10. over een parkeerterrein naar een winkelcentrum loopt?											
11. een helling op- of afloopt?											
12. in een druk winkelcentrum loopt waar allerlei mensen u snel passeren?											
13. in het winkelcentrum loopt en mensen tegen u aan lopen?											
14. de roltrap opstapt of verlaat met uw handen aan de leuning?											
15. de roltrap opstapt of verlaat met aankopen in uw handen, waardoor u de leuning niet kunt vasthouden?											
16. op een stoep loopt waar sneeuw of ijs op ligt?											

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 21ter

Attestation d'évaluation et prescription médicale pour un genou mécatronique

<p>Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)</p> <p>Nom et prénom du bénéficiaire:</p> <p>Adresse:</p> <p>Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale:</p> <p>Nom ou numéro de la mutualité:</p>

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

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

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 mécatronique ? <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 mécatronique : Un renouvellement de l'articulation de genou mécatronique est-il indiqué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non

Avez-vous suivi une formation en matière de rééducation fonctionnelle avec des genoux mécatroniques 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
 - 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 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
 - 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 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
 - 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 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 :/47	Date test MCK :/...../..... Résultat test avec genou mécatronique :/47
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	Cf. formulaire A1 <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> x/jour <input type="checkbox"/> x/semaine <input type="checkbox"/> x/mois	Cf. formulaire A2 <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%)	Cf. formulaire A1 Score	Cf. formulaire A2 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 :
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

<p>Évaluation finale globale après le test</p>	<p>Classe de mobilité (avec prothèse d'évaluation/prothèse mécanique)</p> <table border="1" data-bbox="312 1126 695 1861"> <tr> <td>1</td> <td>patients sans perspective de récupérer la fonction de marche</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>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>4</td> <td>patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>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	<p>Classe de mobilité attendue avec genou mécatronique</p> <table border="1" data-bbox="312 342 695 1077"> <tr> <td>1</td> <td>patients sans perspective de récupérer la fonction de marche</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacement</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>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>4</td> <td>patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>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																					
<p>Description de l'évaluation finale globale</p>																						

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

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)

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 21quater

Formulaire d'auto-reporting pour un genou mécatronique - A remplir par le patient

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:

Formulaire A1 : auto-reporting AVANT la batterie de tests

Amputation et prothèse actuelle

1. Date d'amputation :/...../.....
2. Quelle a été la raison de votre amputation ?:
 accident : accident du travail accident de droit commun autre accident:.....
 autre (à spécifier) :

3. Situation socio-familiale et professionnelle

Vivez-vous:

- seul
 avec une autre personne

Faites-vous le ménage :

- de manière autonome sans aide
 partiellement avec aide: famille soins à domicile

Avez-vous une activité professionnelle?

- non pensionné(e) depuis le:
 oui
 métier avant l'amputation:
 métier depuis l'amputation:

Facteurs environnementaux

4. Environnement domestique

- plat vallonné

5. Votre habitation

- maison appartement

au rez-de-chaussée

à l'étage (lequel)

Y a-t-il un ascenseur ? oui non

Pouvez-vous utiliser les escaliers?

- non
 oui : sans dispositif d'aide
 avec dispositif d'aide : canne rampe monte-escalier

Activités et participation (maison/travail)

6. Quelles activités physiques effectuez-vous régulièrement ?

- nettoyage faire les courses jardinage excursions et loisirs
 garde d'enfants soins de personnes dépendantes
 promenade: en terrain plat en terrain vallonné en terrain accidenté
 autres activités/hobbys/sports:

.....

7. Marchez-vous régulièrement avec une variation de votre vitesse ?

- quotidiennement rarement jamais

8. Devez-vous pouvoir porter des objets lorsque vous marchez avec votre prothèse ?
 non
 oui: quotidiennement plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois rarement
9. Devez-vous vous déplacer dans des espaces réduits ?
 non
 oui: quotidiennement plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois rarement
10. Contraintes physiques des activités professionnelles :
 pas d'application
 travail principalement en position assise travail principalement en position debout
 en alternance debout et assis
 activité légère activité moyennement lourde activité lourde
 contrainte unilatérale
 marche fréquente sur de longues distances
 montée fréquente d'escaliers
 terrain lisse terrain accidenté
 terrain plat terrain vallonné
- Soulever et porter des objets lourds ? oui non
 Dans des espaces humides / en contact avec l'eau ? oui non
11. Environnement de travail :
 pas d'application
 rez-de-chaussée
 au étage : escalier ascenseur
12. Quel moyen de transport utilisez-vous pour vos déplacements ?
 voiture : parfois souvent quotidiennement
 vélo : parfois souvent quotidiennement
 transports en commun: parfois souvent quotidiennement
13. Combien d'heures par jour portez-vous votre prothèse? Environheures
 Combien marchez-vous par jour ? nombre d'heures : / nombre de pas :/ distance :
14. Combien de fois êtes-vous tombé ces 4 dernières semaines ?
 aucune x/jour ...x/semaine x/mois
- Conséquences de la chute :
 rien fracture égratignures contusions/entorse
 autres:
 Hospitalisation suite à la chute? : oui non
15. Quel est votre degré de satisfaction avec votre prothèse actuelle ?
 très satisfait satisfait assez satisfait sans avis
- insatisfait très insatisfait
 Si (très) insatisfait, explication :

16. Quel niveau de sécurité ressentez-vous avec votre prothèse actuelle ?
 très satisfait satisfait suffisamment satisfait sans avis
- insatisfait très insatisfait
 Si (très) insatisfait, explication :

Attentes

17. Qu'attendez-vous d'une prothèse de genou mécatronique ?

.....

Évaluez votre capacité à utiliser, ces 4 dernières semaines, votre prothèse actuelle dans les activités suivantes :

	Impossible (capacité <5%)	Très difficile (capacité 5-34%)	Plutôt difficile (capacité 35-64%)	Plutôt facile (capacité 65-95%)	Sans problème (capacité >95%)
1. Se promener					
2. Marcher dans des espaces réduits					
3. Monter les escaliers					
4. Descendre les escaliers					
5. Monter une pente raide					
6. Descendre une pente raide					
7. Marcher sur le trottoir et dans la rue					
8. Marcher sur un sol glissant (p.ex. des carrelages mouillés, de la neige, une rue après la pluie ou le pont d'un bateau)					
9. Monter et descendre d'une voiture					
10. S'asseoir et se remettre debout d'un siège haut (p.ex. chaise de salle à manger, chaise de cuisine ou chaise de bureau)					
11. S'asseoir et se remettre debout d'un siège bas et mou (p.ex. relax ou fauteuil bas)					
12. S'asseoir et se remettre debout d'une toilette à hauteur normale sans dispositifs d'aide					

À quel point êtes-vous confiant de conserver votre équilibre lorsque, avec votre prothèse actuelle, vous :

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1. marchez dans la maison ?											
2. montez ou descendez les escaliers ?											
3. vous penchez pour ramasser une pantoufle tout en bas d'une armoire ?											
4. étendez le bras pour atteindre une petite boîte de conserve d'une tablette à la hauteur des yeux ?											
5. vous mettez sur la pointe des pieds et étendez le bras pour atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ?											
6. vous tenez debout sur une chaise et étendez le bras pour atteindre quelque chose ?											
7. balayez le sol ?											
8. sortez de la maison et marchez jusqu'à une voiture stationnée dans l'entrée de garage ?											
9. entrez ou sortez de la voiture ?											
10. traversez une aire de stationnement jusqu'au centre commercial ?											
11. montez ou descendez une rampe d'accès ?											
12. marchez dans un centre commercial plein de monde où les gens vous croisent rapidement ?											
13. vous faites bousculer par des gens en marchant dans un centre commercial ?											
14. montez ou descendez d'un escalier roulant en tenant la rampe ?											
15. montez ou descendez d'un escalier roulant tout en tenant des paquets qui vous empêchent de tenir la rampe ?											
16. marchez sur des trottoirs verglacés ?											

Formulaire A2 : auto-reporting APRES la batterie de tests

18. La prothèse de genou mécatronique répond-elle à vos attentes ?

Echelle numérique sur 10 (dans laquelle 0 = ne répond pas du tout aux attentes et 10 = répond totalement aux attentes). Entourez ce qui convient :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Évaluez votre capacité à utiliser, pendant la période de test, la prothèse avec genou mécatronique dans les activités suivantes :

	Impossible (capacité < 5%)	Très difficile (capacité 5-34%)	Plutôt difficile (capacité 35-64%)	Plutôt facile (capacité 65-95%)	Sans problème (capacité >95%)
1. Se promener					
2. Marcher dans des espaces réduits					
3. Monter les escaliers					
4. Descendre les escaliers					
5. Monter une pente raide					
6. Descendre une pente raide					
7. Marcher sur le trottoir et dans la rue					
8. Marcher sur un sol glissant (p.ex. des carrelages mouillés, de la neige, une rue après la pluie ou le pont d'un bateau)					
9. Monter et descendre d'une voiture					
10. S'asseoir et se remettre debout d'un siège haut (p.ex. chaise de salle à manger, chaise de cuisine ou chaise de bureau)					
11. S'asseoir et se remettre debout d'un siège bas et mou (p.ex. relax ou fauteuil bas)					
12. S'asseoir et se remettre debout d'une toilette à hauteur normale sans dispositifs d'aide					

À quel point êtes-vous confiant de conserver votre équilibre lorsque, avec la prothèse avec genou mécatronique, vous :

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1. marchez dans la maison ?											
2. montez ou descendez les escaliers ?											
3. vous penchez pour ramasser une pantoufle tout en bas d'une armoire ?											
4. étendez le bras pour atteindre une petite boîte de conserve d'une tablette à la hauteur des yeux ?											
5. vous mettez sur la pointe des pieds et étendez le bras pour atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ?											
6. vous tenez debout sur une chaise et étendez le bras pour atteindre quelque chose ?											
7. balayez le sol ?											
8. sortez de la maison et marchez jusqu'à une voiture stationnée dans l'entrée de garage ?											
9. entrez ou sortez de la voiture ?											
10. traversez une aire de stationnement jusqu'au centre commercial ?											
11. montez ou descendez une rampe d'accès ?											
12. marchez dans un centre commercial plein de monde où les gens vous croisent rapidement ?											
13. vous faites bousculer par des gens en marchant dans un centre commercial ?											
14. montez ou descendez d'un escalier roulant en tenant la rampe ?											
15. montez ou descendez d'un escalier roulant tout en tenant des paquets qui vous empêchent de tenir la rampe ?											
16. marchez sur des trottoirs verglacés ?											