**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 |
| Arts-specialist[[1]](#footnote-1):  Naam en voornaam:  RIZIV-identificatienummer:  Behandelend arts-specialist[[2]](#footnote-2):  Naam en voornaam:  RIZIV-identificatienummer:  *Reva-team (ergotherapeut (1)/ kinesitherapeut (2)):*   1. *Naam en voornaam:*   *RIZIV-identificatienummer:*   1. *Naam en voornaam:*   *RIZIV-identificatienummer:*  Prothesist:  Naam en voornaam:  RIZIV-identificatienummer: |

|  |  |
| --- | --- |
| □ Eerste prothese  □ Hernieuwing , omschrijving vorige: ………………………………….. | Lengte : ………. m  Gewicht: ……….. kg (zonder prothese) |

**Deel 1 - EVALUATIE en indicatiestelling voor test met mechatronisch knieprothese**  *(in te vullen door arts-specialist conform art 29, § 13)*

1. **FUNCTIES en ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN en AANDOENINGEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zijde | Amputatieniveau | Datum amputatie |
| □ Rechts  □ Links | Voet/ transtibiaal/ knie-exarticulatie / transfemoraal / heupexarticalatie/hemipelvectomie  Voet/ transtibiaal/ knie-exarticulatie / transfemoraal / heupexarticalatie/hemipelvectomie | …………  ………… |

|  |
| --- |
| Oorzaak amputatie: |
| □ Vaatlijden □ Diabetes+/- vaatlijden □ Trauma □ Infectie  □ Oncologisch □ Congenitaal □ Andere :………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Co-morbiditeit | |
| □ Hart / long:  □ Neurologisch:  □ Gewrichten:  □ Toestand ander been:  □ Functie bovenste lidmaat: | □ Cognitieve stoornissen/ gestoord leervermogen:  □ Bewegingsangst:  □ Stemmingsstoornis:  □ Visus:  □ Andere: |

|  |  |
| --- | --- |
| Eigenschappen van de stomp |  |
| Lengte (in cm): transfemoraal vanaf trochanter major | cm |
| Vorm |  |
| Weke delen |  |
| Volume | □ stabiel □ variabel |
| Huid: |  |
| Mogelijkheid steunen distaal op stomp | □ totaal □ partieel □ onmogelijk |
| Vasculaire toestand |  |
| Pijn |  |
| Sensibiliteit |  |
| Osseo-integratie: | □ ja □ neen |

|  |
| --- |
| Bijzonderheden gewrichten (amputatiezijde) |
| □ ROM (contractuur) heup:  □ Gewrichtsinstabiliteit heup:  □ Spierkracht heup (0-5): flexie ……./5 extensie ……./5 abductie……. /5 adductie……. /5  □ Pijn: |

|  |  |
| --- | --- |
| Contralateraal lidmaat | |
| Heup | Knie |
| ROM : □ OK □ verminderd : ……………………………………  Spierkracht (0-5): …. /5  Stabiliteit:□ OK □ verminderd : ……………………………………  Pijn: □ neen □ ja: …………………………………… | ROM : □ OK □ verminderd : ………………………………  Spierkracht (0-5): …. /5  Stabiliteit:□ OK □ verminderd : ………………………………  Pijn: □ neen □ ja : …………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bovenste lidmaat |
| Rechts | Kracht: □ normaal □ verminderd: …………………….. □ onvoldoende/ afwezig:……………………………  Handfunctie: □ normaal □ verminderd: ……………………… □ onvoldoende /afwezig: …………………………. |
| Links | Kracht: □ normaal □ verminderd: …………………….. □ onvoldoende/ afwezig:……………………………  Handfunctie: □ normaal □ verminderd: ……………………… □ onvoldoende /afwezig: …………………………. |

1. **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 ? | □ werken in kleine ruimtes, kort draaien, ... □ langdurig staan □ trappen alternerend nemen □ vlot hindernissen nemen  □ andere: …………………………………… |
| Zijn er medische redenen waardoor type II prothese niet aangewezen is om te testen? | □ neen  □ conditionele beperking  □ andere: …………………………………… |

|  |
| --- |
| Indicatiestelling test |
| Zijn er volgens u voldoende argumenten voor het uitvoeren van een test met een mechatronisch kniegewricht ?  □ neen  □ 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? □ Ja □ neen |

|  |
| --- |
| Heeft u een opleiding gevolgd inzake revalidatie met mechatronische knieën Type I en Type II?  □ nee  □ ja, wanneer ?……………………………………………………………………………………… |

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

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

|  |
| --- |
| 1. **Beschrijving actuele prothese waarmee de nulmeting wordt uitgevoerd** |
| * Kokervorm :   □ quadrilateraal met tubersteun  □ kokervorm met omvatting tuber ischiadicum  □ andere : ……………………………………………………….   * Liner :   □ op maat  □ standaard  pinsysteem, vacuum of ander : ……………………………………………………   * Type knie :   □ mechanisch met vaststelling  □ mechanisch zonder vaststelling  □ pneumatisch  □ hydraulisch  □ mechatronisch Type I  □ mechatronisch Type II   * Type voet:   □ composietvoet  □ voet met polymeerveer  □ andere: ………………………………………………………………………………   * Type heupgewricht (indien van toepassing):   met □ pneumatische unit □ hydraulische unit  driedimensionaal □ ja □ nee   * Datum levering: ………./………./………. |

|  |
| --- |
| Datum : …./…../…….  Naam + handtekening verstrekker :  Riziv identificatienummer : |

|  |
| --- |
| 1. **Beschrijving prothese waarmee de testbatterij wordt uitgevoerd** |

|  |
| --- |
| * Kokervorm :   □ quadrilateraal met tubersteun  □ kokervorm met omvatting tuber ischiadicum  □ andere : ……………………………………………………….   * Liner :   □ op maat  □ standaard  pinsysteem, vacuum 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: ……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **Beschrijving voorgestelde prothese na de testbatterij** |
| * Kokervorm :   □ quadrilateraal met tubersteun  □ kokervorm met omvatting tuber ischiadicum  □ andere : ……………………………………………………….   * Liner :   □ op maat  □ standaard  pinsysteem, vacuum 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** | Datum test MCK: ……./……/………..  Resultaat **test met mechatronische knie** |
| **AMP PRO** | Totaal score AMP PRO | …./47 | …./47 |
| **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: | 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 | □ 1 normaal < 10 sec  □ 2 adequaat < 19 sec  □ 3 problematisch ≥ 20 sec | □ 1 normaal < 10 sec  □ 2 adequaat < 19 sec  □ 3 problematisch ≥ 20 sec |
| Aantal keren gevallen de afgelopen 4 weken | Zie formulier A1  □ niet  □ …… x/dag  □ …… x/week □ …… x/maand | Zie formulier A2  □ niet  □ …… x/dag  □ …… x/week □ …… x/maand |
| Vertrouw in het bewaren van evenwicht (score 0-100%) | Zie formulier A1  Score …… | Zie formulier A2  Score …… |
| **Staptesten**  (stapsnelheid, afstand) |  |  |  |
| a) Knieëxarticulatie of dijamputatie (unilateraal) | Min. 15 min stappenzonder te zitten  Min. 300 m stappen zonder te zitten | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ ja, afstand + min: ………… | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ ja, afstand + min: ………… |
| b) Heupexarticulatie of hemipelvectomie (unilateraal) | Min. 10 min stappen zonder te zitten  Min. 200 m stappen zonder te zitten | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ ja, afstand + min: ………… | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ 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 | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ ja, afstand + min: ………… | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ 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 | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ ja, afstand + min: ………… | □ neen □ ja, afstand + min: …………  □ neen □ 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 |
| **Andere functionele vaardigheden:**  Dubbeltaken *(enkel voor Type II)* | VIDEO  e) Al stappend een gesprek voeren of aanwijzingen lezen  f) Al stappend voorwerp kunnen dragen | □ Mogelijk □ Onmogelijk  Beschrijving:  □ Mogelijk □ Onmogelijk  Beschrijving: | □ Mogelijk □ Onmogelijk  Beschrijving:  □ Mogelijk □ 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Globale eindbeoordeling na de test** | Mobiliteitsklasse (met evaluatieprothese/mechanische prothese) | Verwachte mobiliteitsklasse met mechatronische knie |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 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 | |
| Beschrijving globale eindbeoordeling |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatie mechatronische knie** | □ Neen, motivering:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  □ Ja, motivering:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**Deel 4 – Voorschrift mechatronische knie**

|  |
| --- |
| **Voorschrift prothese onderste lidmaat** |
| □ Mechatronische knieprothese waarmee bovenstaande test is uitgevoerd[[3]](#footnote-3):  □ 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: |

1. Arts-specialist verbonden aan een revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie, voorzien in § 13, A., 2°, van artikel 29 van de nomenclatuur. [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Beschrijving zie deel 2, c) [↑](#footnote-ref-3)