

De orthopedische zolen worden vervaardigd met de volgende materialen:

- a) Plastiek :
Polymerisatieprodukten op basis van acryl, superpolyamide, polyethyleen en derivaten, polyurethaan, epoxyhars of andere, diverse schuimrubber, plexidur enz...
- b) Duraluminium :
Licht, met hoge weerstand.
- c) Roestvrij staal;
- d) Kurk;
- e) Leder;
- f) Rubber;
- g) Siliconen;
- h) Vilt.

Kan worden gebruikt voor het vervaardigen van kussentjes, steunen enz., en kan worden aangebracht op om het even welk model van zool.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 27 maart 2025.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2025/002694]

28 OCTOBRE 2025. — 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 bandagistes-orthopédistes-organismes assureurs du 3 septembre 2024 ;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 28 octobre 2024,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'article 6, § 1^{er}, 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 9 septembre 2024, le 7° est remplacé par ce qui suit :

« 7°

- une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 12, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les audiciens ;

- une attestation de fourniture, conforme au modèle, repris à l'annexe 13, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les technologues orthopédiques, à l'exception des prestations relatives au matériel de stomie ;

- une attestation de fourniture conforme au modèle, repris à l'annexe 13^{ter} lorsqu'il s'agit des prestations relatives au matériel de stomie (à l'exception des prestations d'irrigation) fournies par les technologues orthopédiques ;

- une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 15, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les opticiens ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2025/002694]

28 OKTOBER 2025. — 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 het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten-orthopedisten-verzekeringsinstellingen van 3 september 2024;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 28 oktober 2024,

Besluit:

Artikel 1. In artikel 6, § 1, 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 9 september 2024, worden de bepalingen onder 7° vervangen als volgt:

“7°

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 12, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de audiciens;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de orthopedische technologen, met uitzondering van de verstrekkingen betreffende stomamateriaal;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 13^{ter} wanneer het gaat om verstrekkingen betreffende stomamateriaal (met uitzondering van irrigatieverstrekkingen) verleend door de orthopedische technologen;

- een getuigschrift van aflevering, conform het model vervat in bijlage 15, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de opticiens;

- une prescription médicale pour les prestations des opticiens, conforme au modèle repris à l'annexe 15bis (verres de lunettes), 15ter (lentilles de contact), 15quater (prothèses oculaires) ou 15quinquies (dispositifs de basse vision) ;

- un formulaire de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'annexe 16 pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques ;

- une prescription médicale relative à la fourniture d'un appareillage de correction auditive, conforme au modèle repris à l'annexe 17, doit accompagner l'attestation pour les prestations fournies par les audi-ciens ;

- un questionnaire standardisé COSI relatif à la fourniture d'un appareil de correction auditive, conforme au modèle repris à l'annexe 17bis ;

- une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 18A, pour les vêtements compressifs ;

- un formulaire de notification conforme au modèle repris à l'annexe 18B, pour les vêtements compressifs ;

- une demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique, conforme au modèle repris à l'annexe 21 ;

- le formulaire prévu à l'article 28/1, A.4., de la nomenclature, conforme au modèle repris à l'annexe 21bis ;

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

- une prescription médicale pour orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, conforme au modèle repris à l'annexe 92 ;

- un rapport de motivation pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, conforme au modèle repris à l'annexe 92bis ;

- une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 93 pour le matériel pour stomie ;

- une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 94A pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et conforme au modèle repris à l'annexe 94B pour gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques ; »

Art. 2. Dans le même règlement, les annexes 13, 13ter, 16, 18A, 18B, 21, 21bis, 21ter, 21quater, 92, 92bis, 93, 94A et 94B sont respectivement remplacées par les annexes 13, 13ter, 16, 18A, 18B, 21, 21bis, 21ter, 21quater, 92, 92bis, 93, 94A et 94B jointes en annexe du présent règlement.

Art. 3. Dans le même règlement, les annexes 13bis, 19, 19bis, 19ter et 20 sont abrogées.

Art. 4. En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent règlement, la disposition transitoire suivante est d'application :

Les annexes rédigées, en tout ou en partie, avant l'entrée en vigueur du présent règlement (date de signature faisant foi) restent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande.

Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2025.

Bruxelles, le 28 octobre 2025.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
M. DAUBIE
Directeur-général des soins de santé

La Présidente,
Mme. KIRSCH

- een medisch voorschrift voor de verstrekkingen van opticiens, conform het model vervat in bijlage 15bis (brillenglazen) of 15ter (contactlenzen) of 15quater (oogprothesen) of 15quinquies (low vision hulpmiddelen);

- een formulier voor aanvraag om vergoeding, conform het model vervat in bijlage 16, voor de verstrekkingen betreffende de orthopedische schoenen;

- een medisch voorschrift voor de aflevering van een toerusting ter correctie van het gehoor, conform het model vervat in bijlage 17, voor de verstrekkingen verleend door de audi-ciens, moet bij het getuigschrift worden gevoegd;

- een gestandaardiseerde COSI-vragenlijst voor de aflevering van een toestel ter correctie van het gehoor, conform het model vervat in bijlage 17bis;

- een medisch voorschrift conform het model vervat in bijlage 18A, voor de drukkledij;

- een kennisgevingsformulier conform het model vervat in bijlage 18B, voor de drukkledij;

- een aanvraag om vergoeding van een myo-elektrische prothese, conform het model vervat in bijlage 21;

- het formulier waarin is voorzien in artikel 28/1, A.4., van de nomenclatuur, conform het model vervat in bijlage 21bis zijn;

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

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

- een medisch voorschrift voor individueel op maat vervaardigde zithorse, conform het model vervat in bijlage 92;

- een motiveringsrapport voor een individueel op maat vervaardigde zithorse, conform het model vervat in bijlage 92bis;

- een medisch voorschrift, conform het model vervat in bijlage 93 voor stomamateriaal;

- een medisch voorschrift, conform het model vervat in bijlage 94A voor therapeutische elastische beenkousen en conform het model vervat in bijlage 94B voor therapeutische elastische armkousen en handschoenen;

Art. 2. In dezelfde verordening worden de bijlagen 13, 13ter, 16, 18A, 18B, 21, 21bis, 21ter, 21quater, 92, 92bis, 93, 94A en 94B respectievelijk vervangen door de bijlagen 13, 13ter, 16, 18A, 18B, 21, 21bis, 21ter, 21quater, 92, 92bis, 93, 94A en 94B die als bijlage gaan bij deze verordening.

Art. 3. In dezelfde verordening worden de bijlagen 13bis, 19, 19bis, 19ter et 20 opgeheven.

Art. 4. Met betrekking tot de inwerkingtreding van deze verordening geldt de volgende overgangsbepaling:

De bijlagen die, gedeeltelijk of volledig, zijn opgesteld vóór de inwerkingtreding van deze verordening (de datum van handtekening geldt als bewijs) blijven geldig tot het einde van de aanvraagprocedure.

Art. 5. Deze verordening treedt in werking op 1 juli 2025.

Brussel, 28 oktober 2025.

De Leidend Ambtenaar,
M. DAUBIE
Directeur-generaal geneeskundige verzorging

De Voorzitster,
Mme. KIRSCH

Annexe 13

Nom et prénom du patient :
Mutualité:
NISS:
Adresse du patient :
.....

A compléter par le dispensateur de soins

[illegible]

☐ La prescription est annexée

☐ L'autorisation par le médecin-conseil en date du/...../.....est annexée

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur:

Service:

- Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) ☐ OUI ☐ NON

- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (intervention personnelle + supplément) deEUR qui est entièrement à ma charge. ☐ OUI ☐ NON

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

BIC :

Date et signature du dispensateur de soins

Date: _____
Signature _____

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 16 (Recto)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES

(Document à établir en trois exemplaires)

Nom du bénéficiaire : Date de naissance :

Nom du titulaire : Adresse du titulaire :

Organisme assureur : Numéro d'inscription :

Réside temporairement dans l'établissement de soins

..... jusqu'au :

Identification du médecin prescripteur :
(prescription en annexe)

Nom du dispensateur de soins : Numéro d'agrération :

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

A ma connaissance cette fourniture est consécutive (oui/non) (1) à un accident

Opte pour l'application du système du tiers payant : OUI - NON (1)

A remplir par l'organisme assureur en cas d'application du système du tiers payant : OUI - NON (1)

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR			
Organisme assureur ou office régional		Numéro d'inscription	
Code titulaire		Tous risques	100 %
1	2	Droit aux gros risques	
		Petits risques	75 %
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de(s) prestation(s) suivante(s)			
suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité			
Cet engagement n'est valable que jusqu'au			
Cachet		Date :	
		Pour la mutualité, La personne responsable,	
			
		(Signature - nom)	

(1) Biffer les mentions inutiles

ANNEXE 16 (Verso)

Première demande (1)

Changement de poste (1)

Renouvellement (1)

Si possible, date de la fourniture précédente :

N° des affections dont question au art. 29/1, A.3.:

Description précise des prestations demandées :

G :

D :

G :		D :	
Codes n°	T	Prix demandé	
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

G :

D :

Description du cas et justification des solutions proposées.

Date

Signature du dispensateur de soins,

Décision du médecin-conseil en cas de première demande ou de changement de poste (1)

Date

Signature du médecin-conseil,

Décision du médecin-conseil en cas de renouvellement ou de contrôle a posteriori de la fourniture à la prescription (1)

Date

Signature du médecin-conseil,

(1) Biffer les mentions inutiles.

Le présent document ne tient lieu d'engagement de paiement de la part de l'organisme assureur que s'il a été agréé pour le système du tiers payant.

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 18A - PRESCRIPTION MEDICALE POUR LES VETEMENTS COMPRESSIFS

(A compléter ou apposer une vignette de la mutualité)

Nom et prénom du bénéficiaire:

Numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS):

Mutualité:

(A compléter par le prescripteur)

- ☐ vêtement compressif sur mesure
 - ☐ textile
 - ☐ silicone
 - localisation(s) :
- ☐ masque, minerve, plaque thoracique sur mesure
 - ☐ partiel
 - ☐ complet
- ☐ gant sur mesure
 - ☐ textile
 - ☐ silicone
 - ☐ silicone correctif
 - localisation(s) :
- ☐ pelote en silicone préfab
 - localisation(s) :
- ☐ pelote en silicone sur mesure
 - localisation(s) :
- ☐ pelote de compression gonflable en silicone sur mesure
 - localisation(s) :
- ☐ enfileur pour vêtement compressif
 - ☐ membres inférieurs
 - ☐ membres supérieurs
- ☐ gant sur mesure avec doigts, en cas de lymphoedème
- ☐ autres :
 - localisation(s) :

Identification du médecin prescripteur (nom et numéro INAMI) :

- ☐ médecin-spécialiste lié à un centre pour grands brûlés agréé
- ☐ médecin-spécialiste en chirurgie plastique

Date et signature :

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 18B - FORMULAIRE DE NOTIFICATION POUR LES VETEMENTS COMPRESSIFS

(A compléter ou apposer une vignette de la mutualité)

Nom et prénom du bénéficiaire:

Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS):

Mutualité:

(A compléter par le prescripteur)

Je soussigné, docteur en médecine et **(cocher)**

- ☐ médecin-spécialiste lié à un centre pour grands brûlés agréé
- ☐ médecin-spécialiste en chirurgie plastique

☐ **déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a, en date du, encouru une des lésions suivantes (cocher) :**

- ☐ brûlures du troisième degré, pour lesquelles la plaie a eu besoin de plus de 3 semaines pour se fermer de manière spontanée.
- ☐ brûlures du deuxième degré profond pour lesquelles la plaie a eu besoin de plus de 2 semaines pour se fermer de manière spontanée et pour lesquelles 3 des 4 critères suivants sont rencontrés : cicatrice rouge / cicatrice gonflée / démangeaisons / rétraction tissulaire avec risque de limitations fonctionnelles.
- ☐ lésions cutanées profondes suite à un sepsis à méningocoques, syndrome de Lyell ou autre nécrose dermique toxique.
- ☐ chirurgie reconstructive étendue au cours de laquelle une greffe avec des lambeaux cutanés ou myocutanés a été effectuée.

et que la plaie à traiter (cocher) :

- ☐ est localisée au niveau de la tête, du cou, des pieds, des mains, des articulations (avec risque de limitations fonctionnelles) ou de la région anogénitale (veuillez indiquer la localisation topographique des lésions sur le schéma joint).
- ☐ couvre plus de 3% de la surface totale du corps (où 3% ne peut pas être la somme de différentes petites lésions).
- ☐ concerne un bénéficiaire qui n'avait pas encore 18 ans au moment de l'accident.
- ☐ **déclare que le bénéficiaire mentionné ci-dessus a encouru une chirurgie corrective tardive**, c'est-à-dire après expiration de la période décrite à l'article 27/1, J.3.1. de la nomenclature des prestations de santé, directement en lien avec les lésions mentionnées ci-dessus suite à laquelle le port de vêtements compressifs est nécessaire suite à la spécificité de la lésion.

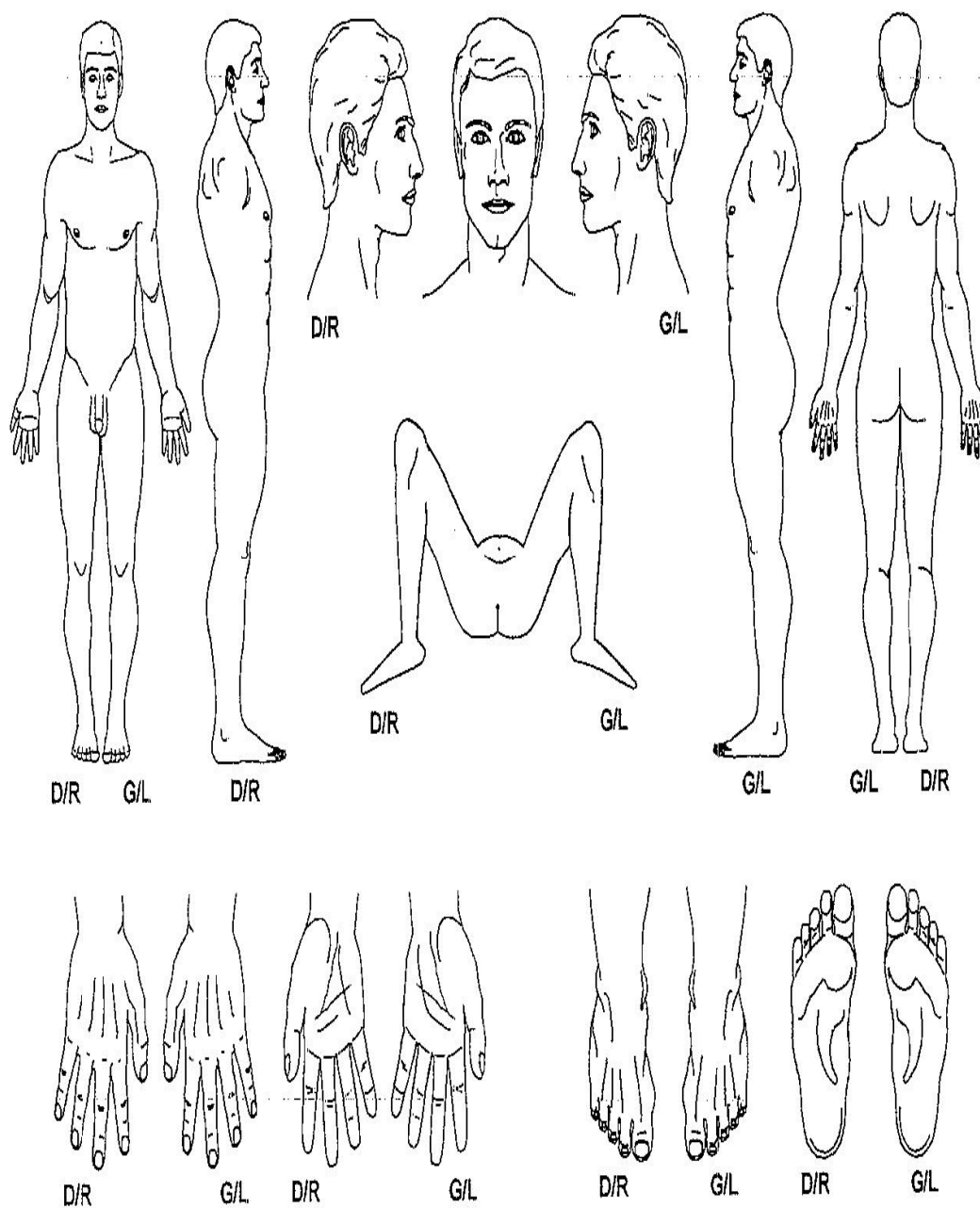
Date de l'intervention :

Identification du médecin-prescripteur (nom et numéro INAMI) :

Date et signature :

% totale - *Totaal* % (TBSA)

%



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 21 - RECTO

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE PROTHESE MYOELECTRIQUE OU D'UN FÛT**Volet médical**

A compléter par le titulaire ou apposer une vignette O.A.

Nom et prénom du titulaire:
Organisme assureur:
Numéro d'inscription:
Adresse du titulaire:
Date de naissance du patient:

A compléter par le médecin prescripteur

Nom et prénom du patient:

Prescription médicale:**A. Demande de prothèse myoélectrique**

Je soussigné, docteur en médecine (médecin spécialiste, cf. liste art. 28/1, C.4.2.)¹, déclare par la présente que la personne précitée entre en considération pour l'utilisation d'une prothèse myoélectrique et que son état ne constitue pas une contre-indication. Compte tenu des éléments médicaux, psychiques, intellectuels et sociaux du patient dont je dispose, je certifie qu'une utilisation effective et durable de la prothèse myoélectrique peut être escomptée et que la prothèse myoélectrique améliorera le fonctionnement du patient précité et favorisera son intégration sociale.

☐ Première prestation

☐ Renouvellement

☐ Renouvellement fût (jusqu'à 18 ans)³

Diagnostic (mention distincte des lésions anatomiques, de l'étiologie et des troubles fonctionnels):

Date du début du handicap:

Motivation et données/remarques complémentaires

(relatives aux loisirs, au fonctionnement professionnel, à l'intégration sociale):

☐ ² J'ai pris connaissance des résultats du test d'où il ressort que le patient dispose de suffisamment de myopotential grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de contrôler les différentes fonctions disponibles.

La prothèse myoélectrique ou le fût prescrit concerne le niveau d'amputation suivant:

☐ Amputation partielle de la main (à partir du métacarpe)

☐ Amputation du bras

☐ Désarticulation du poignet

☐ Désarticulation de l'épaule

☐ Amputation de l'avant-bras

☐ Amputation de la ceinture scapulaire

☐ Désarticulation du coude

L'amputation et la conséquence d'un accident:

☐ Oui

☐ Non

¹ Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire

² Uniquement pour la première prescription

³ Ceci concerne le renouvellement après 1 an pour les bénéficiaires jusqu'à 18 ans. Pour renouvellement anticipé du fût voir B au verso

B. Renouvellement anticipé du fût

ANNEXE 21 - VERSO

Confection d'un nouveau fût (à motiver)

- ☐ Après une intervention chirurgicale sur le moignon concerné
- ☐ Après un important changement morphologique du moignon, des parties molles ou des structures osseuses
- ☐ Allergies cutanées ou autres formes d'hypersensibilité
- ☐ Accélération de croissance pubertaire

Motivation :

Avis de l'équipe multidisciplinaire ¹Médecin/équipe multidisciplinaire ¹

Nom médecin spécialiste	Numéro d'agrément	Signature
Nom ergothérapeute ou kinésithérapeute	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature

Date:

Adresse et numéro d'identification du centre de rééducation auquel le prescripteur est lié¹

Volet technique

A compléter par le technologue orthopédique

Je soussigné, technologue orthopédique, déclare par la présente avoir effectué les tests nécessaires en vue d'une prothèse myoélectrique chez le patient précité, en date du / /, et affirme qu'il/elle dispose du myopotential suffisant grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de coordonner les différentes fonctions disponibles

Nom + adresse du technologue orthopédique	Numéro d'agrément	Signature
---	-------------------	-----------

Date:

¹ Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire ; pour un renouvellement à signer seulement par le médecin spécialiste, cf. liste art. 28/1, C.4.2.

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

RECTO

Annexe 21bis
PRESCRIPTION MEDICALE D'UNE PROTHESE D'UN MEMBRE INFERIEUR

A compléter par le **bénéficiaire** ou apposer une **vignette O.A.**

Nom et prénom du bénéficiaire :
 Organisme assureur :
 N° d'inscription :
 Adresse du titulaire :
 Date de naissance :/...../.....

Je soussigné, docteur en médecine (médecin-spécialiste mentionné à l'art. 28/1, A.3.), déclare par la présente que la personne précitée a besoin de (cocher ce qui convient) :

■ une prothèse d'un membre inférieur

En cas de première prothèse ou de réamputation : date de perte du membre :/...../.....

Caractéristiques du moignon qui exigent une attention particulière lors la fabrication de la prothèse ou hypothèquent l'usage actif de la prothèse :

.....

Facteurs ostéo-articulaires qui exigent une attention particulière lors de la fabrication de la prothèse ou compromettent l'usage actif :

.....

Autres affections qui exigent une attention particulière lors de la fabrication de la prothèse ou limitent l'usage actif de la prothèse :

.....

■ un nouveau fût

pour l'une des raisons suivantes :

- ☐ après une intervention chirurgicale sur le moignon concerné

- ☐ après une modification morphologique importante du moignon, des parties molles ou des structures osseuses

- ☐ à cause d'allergies cutanées ou autres formes d'hypersensibilité

- ☐ à cause d'accélération de croissance pubertaire

Prescripteur :

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'identification INAMI :

..... Date et signature

A remplir uniquement pour les groupes 4 et 5

Je soussigné, docteur en médecine (médecin-spécialiste mentionné à art. 28/1, A.3), déclare être d'accord avec l'appréciation du technologue orthopédique selon laquelle la personne concernée relève du :

- ☐ groupe 4
- ☐ groupe 5 et satisfait aux exigences fonctionnelles du test de marche prévu à l'art. 28/1, A.5.

Prescripteur :

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'identification INAMI :

..... Date et signature

VERSO

Attestation d'évaluation (à compléter par le technologue orthopédique)

Appareillé à l'aide d'une (*) : - prothèse cosmétique
 - prothèse de transfert
 - prothèse d'évaluation
 - prothèse définitive
 - renouvellement d'une prothèse définitive
 - nouveau fût

Niveau d'amputation:

Date de l'amputation:/...../.....

(*) entourer ce qui convient

Evaluation du (de la) patient(e) pour la première prothèse

- **groupe 1 :** patients sans perspective de récupérer la fonction de marche : prothèse cosmétique. (1)
- **groupe 2 :** patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements : prothèse de transfert. (2)
- **groupe 3-4-5 :** patients ayant des chances de bonne fonction de marche : prothèse d'évaluation. (3)

Evaluation du (de la) patient(e) pour une prothèse définitive ou pour un renouvellement de prothèse

- **groupe 1 :** patients sans perspective de récupérer la fonction de marche : prothèse cosmétique. (1)
- **groupe 2 :** patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements. (2)
- **groupe 3 :** patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant des appareils d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur. (4)
- **groupe 4 :** patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse. (5)
- **groupe 5 :** patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche visé ci-dessous, réalisé sans aucune aide ou autre soutien. (5)

Test de la marche : uniquement pour les patients du groupe 5

- *patient avec une amputation sous l'articulation du genou: pouvoir maintenir, en marchant avec la prothèse, une vitesse de 5 km/h durant au moins 10 minutes.*
- *patient avec une amputation au-dessus du genou ou au milieu de l'articulation du genou pouvoir maintenir, en marchant avec la prothèse, une vitesse de 3 km/h durant au moins 10 minutes.*
- *patient avec une amputation bilatérale des jambes: pouvoir maintenir, en marchant avec les prothèses, une vitesse de 4 km/h durant au moins 5 minutes.*
- *patient avec une amputation bilatérale dont une au moins nécessite une articulation mécanique du genou: pouvoir maintenir, en marchant avec les prothèses, une vitesse de 3 km/h durant au moins 5 minutes.*

Identification du technologue orthopédique:

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'identification INAMI :

..... Date et signature :

(1) prothèse renouvelable après une période de 10 ans

(2) prothèse renouvelable après une période de 5 ans

(3) prothèse renouvelable par une prothèse définitive après une période d'utilisation de la prothèse d'évaluation de 3 mois minimum

(4) prothèse renouvelable après une période de 4 ans

(5) prothèse renouvelable après une période de 3 ans

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

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 (ergothérapeute (1)/ kinésithérapeute (2))</u> : (1) Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI : (2) Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI : <u>Technologue orthopédique</u> : Nom et prénom : Numéro d'identification INAMI :
--

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

¹ Médecin-spécialiste lié à un centre de rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique, conformément au A.3.2., de l'article 28/1 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 A.3.2., de l'article 28/1 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 28/1)

a) FONCTIONS et STRUCTURES ANATOMIQUES et AFFECTIONS

Côté	Niveau d'amputation	Date d'amputation
☐ Droit	Pied / transtibial / désarticulation du genou / transfémoral / désarticulation de la hanche/ hémipelvectomie	
☐ Gauche	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 :	☐ Troubles cognitifs/troubles de la capacité d'apprentissage
☐ Neurologique :	☐ Angoisse de mouvement :
☐ Articulations :	☐ Trouble de l'humeur :
☐ Situation de l'autre jambe :	☐ Vision :
☐ Fonction membre supérieur :	☐ 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 :	ROM : ☐ OK ☐ diminué :
Force musculaire (0-5) : /5	Force musculaire (0-5) : /5
Stabilité : ☐ OK ☐ diminué :	Stabilité : ☐ OK ☐ diminué :
Douleur : ☐ non ☐ oui :	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 :

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 ?	☐ 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 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 technologue orthopédique)

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 de soins:

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
 - ☐ 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 de soins:

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 technologue orthopédique)

	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	☐ 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	<u>Cf. formulaire A1</u> ☐ aucune ☐ x/jour ☐ x/semaine ☐ x/mois	<u>Cf. formulaire A2</u> ☐ aucune ☐ x/jour ☐ x/semaine ☐ 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	☐ 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'asseoir Min. 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'asseoir Min. 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'asseoir Min. 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 : Doublés tâches (uniquement Type II)	VIDÉO e) Mener une discussion ou lire des indications en marchant f) Pouvoir transporter un objet en marchant	 ☐ Possible ☐ Impossible Description : ☐ Possible ☐ Impossible Description :	 ☐ Possible ☐ Impossible Description : ☐ Possible ☐ 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><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 A.5.2., 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 A.5.2., réalisé sans aucune aide ou autre soutien	<table><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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 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 environnement aux

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 mécanique ?

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluez votre capacité à utiliser, ces 4 dernières semaines, votre prothèse actuelle dans les activités

	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					

suivantes :

[illegible]

Formulaire A2 : auto-reporting APRES la batterie de tests

18. La prothèse de genou mécanique 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

Evaluez votre capacité à utiliser, pendant la période de test, la prothèse avec genou mécanique dans les

	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					

activités suivantes :

[illegible]

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 92

Prescription médicale pour orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, de l'art. 27/1

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de soins de son choix.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité.

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Adresse	
Organisme assureur	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	

1. PRESCRIPTION *A compléter par le médecin prescripteur.*

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare par la présente que.....

(nom et prénom du bénéficiaire) a besoin d'une orthèse d'assise tel que décrit dans l'art 27/1, I.

Ceci concerne un(e) : ☐ Première demande ☐ Renouvellement ☐ Renouvellement anticipé

Groupes-Cibles:

- ☐ A1 bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18^{ème} anniversaire , bénéficiaires jusqu'au 18^{ème} anniversaire
- ☐ A2 bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18^{ème} anniversaire , bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire
- ☐ B1 bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d' assise à partir du 18^{ème} anniversaire ,
bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire, après utilisation d'une voiturette de maintien et de soins
- ☐ B2 bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d' assise à partir du 18^{ème} anniversaire ,
bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire, en situation exceptionnelle

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE *A compléter par le médecin prescripteur*

- ☐ Affection congénitale
- ☐ Date de début de l'affection ou de la lésion qui donne lieu à la présente prescription: .../.../.....
- ☐ Le handicap est consécutif à un accident: ☐ oui ☐ non

Diagnostic sur lequel se base la présente prescription :

.....

.....

Description de la situation médicale actuelle:

.....

.....

La situation est : ☐ stable ☐ évolutive

L'utilisation est : ☐ définitive ☐ temporaire

L'utilisation est ☐ quotidienne et durant une grande partie de la journée

☐ fréquente mais pas quotidienne ☐ occasionnelle

3. ETAT FONCTIONNEL ACTUEL *A compléter par le médecin prescripteur, le cas échéant en concertation avec l'équipe multidisciplinaire*

Description de la nature et de la gravité des problèmes de mobilité et de positionnement:

.....

.....

.....

Description des troubles anatomiques et/ou fonctionnels de la colonne vertébrale pour lesquels une solution technique est recherchée:

.....

.....

.....

Description des troubles anatomiques et/ou fonctionnels de la ceinture pelvienne et/ou des muscles du fémur pour lesquels une solution technique est recherchée:

.....

.....

.....

Pour le groupe-cible B1: renvoi et motivation par le médecin traitant
(nom et prénom) , joints en annexe.

Pour le groupe-cible B2: description de la situation exceptionnelle:

.....
.....
.....

Motivation pour un renouvellement anticipé:

.....
.....
.....

Cette prescription a été établie par: *

Date: / /		
Médecin spécialiste	Nom Numéro INAMI	Signature
Ergothérapeute ou kinésithérapeute	Nom Numéro INAMI	Signature
Autre (description de fonction)	Nom Numéro INAMI	Signature

*voir article 27/1, point I.5.1.1 prescripteurs.

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 92bis

RAPPORT DE MOTIVATION POUR UNE ORTHÈSE D'ASSISE FABRIQUÉE INDIVIDUELLEMENT SUR MESURE

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du bénéficiaire	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	
Adresse	
Mutualité	

ORTHÈSE D'ASSISE

Groupes-cibles:

- ☐ A1 bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18^{ème} anniversaire, bénéficiaires jusqu'au 18^{ème} anniversaire
- ☐ A2 bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18^{ème} anniversaire, bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire
- ☐ B1 bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d'assise à partir du 18^{ème} anniversaire, bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire, après utilisation d'une voiturette de maintien et de soins
- ☐ B2 bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d'assise à partir du 18^{ème} anniversaire, bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire, en situation exceptionnelle
- ☐ O.L.F. A1 A2
- ☐ O.D.L.F. A1 A2 B1 B2

MOTIVATION POUR LES ACCESSOIRES ET LES COMPOSANTS

Quelles sont les limitations qui nécessitent l'ajout d'un ou plusieurs accessoires?
.....

Tête

☐ 658490-658501 Appuie-tête moulé anatomiquement

☐ 658814-658825 Système de tête, mono axial

☐ 658836-658840 Système de tête, triaxial

Motivation :

Membre supérieur

☐ 658895-658906 Fixation de l'épaule (par épaule)

gauche droite

☐ 658512-658523 Repose-bras moulé anatomiquement (par membre)

gauche droite

Motivation :

Tronc / bassin

- ☐ 658696-658700 Dossier amovible (groupe-cible A1)
- ☐ 658873-658884 Fixation du thorax
- ☐ 658851-658862 Fixation du bassin

Motivation :

Membre inférieur

- ☐ 658556-658560 Palette pose-pied (par pied) gauche droite
- ☐ 658593-658604 Repose-pied moulé avec fixation au pied et/ou à la cheville moulée anatomiquement (par pied) gauche droite
- ☐ 658534-658545 Repose-jambe moulé anatomiquement (par membre) gauche droite
- ☐ 658571-658582 Repose-jambes bilatéral monobloc moulé y compris la palette pose-pieds
- ☐ 658652-658663 et/ou 658630-658641 Barre d'appui infra-patellaire rigide réglable en cas de défaut de posture de la hanche et/ou plot d'abduction amovible fixé sur l'assise
- ☐ 658674-658685 Barre d'appui supra fémorale rigide et réglable

Motivation :

Articulation

- ☐ 658711-658722 Articulation hanche (par axe de rotation mécanique)
- ☐ 658733-658744 Articulation genou (par axe de rotation mécanique)
- ☐ 658755-658766 Articulation cheville (par axe de rotation mécanique)
- ☐ 658770-658781 Verrou (par axe de rotation mécanique)
- ☐ 658792-658803 Secteur (par axe de rotation mécanique)

Motivation :

- ☐ 658910-658921 Châssis d'intérieur préfabriqué avec fixation par trapèze ou système de fixation similaire (groupe-cible A1)
- ☐ 658615-658626 Tablette sur mesure avec système de fixation (groupe-cible A1)

Motivation :

☐ **Changement de concept :**

Motivation :

Dispensateur de soins:

Nom et Prénom :

Adresse :

Numéro-INAMI :

Signature et date:

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

recto

Annexe 93

PRESCRIPTION MEDICALE pour du matériel de stomie (art. 27/1)

(à compléter par stomie/fistule)

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:

PARTIE I: A compléter par le médecin prescripteur

I.1. Motivation médicale

Stomie	Fistule
☐ Nouvelle stomie créée, date de l'opération:/...../..... ☐ Stomie existante ☐ Réopération de la stomie existante, date de l'opération:/...../..... ☐ Nombre de stomies:	☐ Date de l'apparition de la fistule:/...../..... ☐ Fistule existante ☐ Nombre de fistules:

a. Type de stomie/fistule : (Ne cocher qu'UNE seule case)

Système digestif

- ☐ colostomie
☐ iléostomie
☐ autre stomie ⁴
☐ fistule

Système urinaire

- ☐ urostomie
☐ cystostomie (e.a. cathétérisme sus-pubien)
☐ autre stomie (e.a. néphrostomie)
☐ fistule

b. Système d'irrigation : (en cas de stomie, si d'application)

☐ Premier set d'irrigation manuelle

☐ Première pompe d'irrigation

c. Systèmes convexes/concaves :

L'utilisation de systèmes convexes ou concaves est-elle médicalement justifiée ?

- ☐ Oui, la stomie est à fleur de peau/rétractée/située dans les replis de la peau
☐ Oui, une protubérance de la peau (due à une hernie, une éventration ou l'obésité) entoure la stomie
☐ Non

Durée : mois (*max.12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement*)

⁴ œsophagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jéjunostomie, stomie grêle court, caecostomie

verso

d. Situations exceptionnelles :
Le patient est-il en situation exceptionnelle ? ☐ Oui, en raison de problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation. → Description :..... ☐ Oui, en raison d'une augmentation anormale des excréments suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci. → Description :..... ☐ Oui, en raison de problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l'humidité de la peau. → Description :..... ☐ Non Durée : mois (<i>max.12 mois pour une première fois ou max. 36 mois pour un renouvellement</i>)

I.2. Identification du médecin prescripteur

Nom et prénom:
 Numéro INAMI:
 Date/...../.....
 Signature du médecin prescripteur:

PARTIE II : A compléter par le technologue orthopédique**II.1 Informations administratives**

En cas de stomies/fistules multiples : numéro d'ordre de l'appareillage/.....
 Date de la première délivrance en ambulatoire :/...../.....
 Si d'application, date de début de l'intervention pour systèmes convexes/concaves :/...../.....
 Si d'application, date de début de l'intervention pour situation exceptionnelle :/...../.....

II.2 Identification du technologue orthopédique

Nom et prénom:
 Numéro INAMI:
 Date/...../.....
 Signature du technologue orthopédique:

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 94A

PRESCRIPTION MEDICALE pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe (art. 27/1)

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:

Le médecin soussigné déclare que l'indication médicale visée à l'art 27/1, D.3 de la nomenclature est respectée et que la justification de ce diagnostic est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

Motivation médicale

- ☐ Indications pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1, à savoir :
- lymphoedème uni- ou bilatéral après évidement ganglionnaire inguinal ou du petit bassin
 - lymphoedème après traitement par rayon de la région inguinale
 - lymphoedème primaire chronique héréditaire
 - malformation vasculaire congénitale
- ☐ Indications pour les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 2, à savoir :
- prévention d'ulcère veineux récidivant en cas d'insuffisance veineuse chronique
 - présence d'une thrombose veineuse profonde objectivée
 - présence d'un syndrome post-thrombotique objectivé

Localisation, classe de compression nécessaire et type de bas :

Bas pour la jambe	Gauche (quantité)	Classe de compression			Droite (quantité)	Classe de compression		
		II ⁵	III	IV		II ⁶	III	IV
☐ Bas jarret (AD)								
☐ Bas cuisse (AG / AG-T)								
☐ Collant (AT / monoAT)								
☐ Pantalon de compression ⁷ (FT)								

Remarques éventuelles :

.....

Identification du médecin prescripteur⁸

Nom et prénom:
 Numéro INAMI:
 Date / /
 Signature du médecin prescripteur:

⁵ Uniquement pour les bénéficiaires jusqu'au 15^{ème} anniversaire.

⁶ Uniquement pour les bénéficiaires jusqu'au 15^{ème} anniversaire.

⁷ Uniquement pour le sous-groupe 1.

⁸ Lors de la première délivrance, les bas élastiques thérapeutiques pour la jambe du sous-groupe 1 doivent être prescrits par un médecin-spécialiste dont il est question au D.4. a), de l'article 27/1 de la nomenclature.

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 94B

PRESCRIPTION MEDICALE pour gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques (art. 27/1)

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:

Le médecin soussigné déclare que l'indication médicale visée à l'art 27/1, C.3. de la nomenclature est respectée et que la justification de ce diagnostic est conservée dans le dossier médical du bénéficiaire.

Motivation médicale :

- ☐ Indications pour les gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques, à savoir :
- lymphœdème du membre supérieur, acquis ou présent à la naissance
 - malformation vasculaire du membre supérieur, présente à la naissance

Localisation et pression nécessaire :

Gaines de bras et gants	Gauche (quantité)	Pression (mm Hg) ⁹	Droite (quantité)	Pression (mm Hg) ¹⁰
☐ Gaine de bras sans gant				
☐ Gaine de bras avec gant sans doigts en une pièce				
☐ Gaine de bras avec gant avec doigts ouverts/fermés en une pièce				
☐ Gant sans doigts				
☐ Gant avec doigts ouverts/fermés				

Remarques éventuelles :

.....

Identification du médecin prescripteur¹¹

Nom et prénom:
 Numéro INAMI:
 Date / /
 Signature du médecin prescripteur:

⁹ Au moins 15 mm Hg.

¹⁰ Au moins 15 mm Hg.

¹¹ Les gaines de bras et les gants élastiques thérapeutiques doivent être prescrits par les médecins dont il est question au C.4., de l'article 27/1 de la nomenclature.

Bijlage 13

Naam en voornaam van de patiënt :
 Ziekenfonds :
 INSZ :
 Adres van de patiënt :

In te vullen door de zorgverlener[illegible]

Nr. van de instelling :
 Dienst

- Ik bevestig (de) bovenvermeld(de) verstrekking(en) te hebben ontvangen. ☐ JA ☐ NEEN

- Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de zorgverlener over het feit dat ik een bedrag (persoonlijk aandeel + supplement) van
EUR moet betalen dat volledig te mijnen laste valt. ☐ JA ☐ NEEN

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

IBAN :
BIC :

Datum en handtekening van de zorgverlener

Ontvangen de som van :EUR

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 16 (Recto)

AANVRAAG OM VERGOEDING VAN ORTHOPEDISCHE SCHOENEN

(Document dat in drievoud wordt opgemaakt)

Naam van de rechthebbende :

Geboortedatum :

Naam van de gerechtigde :

Adres van de gerechtigde :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

Verblijft tijdelijk in de verzorgingsinrichting

tot

Identificatie van de voorschrijvende arts:
(voorschrift gaat hierbij)

Naam van de zorgverlener :

Erkenningsnummer :

Naam van de onderneming :

Adres van de onderneming :

Bij mijn weten is de aflevering (wel/niet) (1) het gevolg van een ongeval

Opteert voor de toepassing van de derdebetalersregeling : JA - NEEN (1)

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van de derdebetalersregeling : JA - NEEN (1)

VAK BESTEMD VOOR DE V.I.			
Ziekenfonds of Gewest. dienst		Inschrijvingsnummer	
Code gerechtigde		Alle risico's	100 %
1	2	Recht op grote risico's	
		Kleine risico's	75 %
BETALINGSVERBINTENIS			
De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en)			
te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering			
Deze verbintenis geldt slechts tot			
Stempel		Datum :	
		Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon.,	
			
		(Handtekening - Naam)	

(1) Schrappen wat niet past

BIJLAGE 16 (Verso)

Eerste aanvraag (1)

Verandering van post (1)

Hernieuwing (1)

Indien mogelijk, datum van de vorige levering :

Nr. van de desbetreffende aandoeningen vermeld in art.29/1, A.3. :

Nauwkeurige beschrijving van de gevraagde verstrekkingen :

L :

R :

L :		R :	
Codenummers	T	Gevraagde prijs	
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

L :

R :

Beschrijving van het geval en verantwoording van de voorgestelde oplossingen.

Datum

Handtekening van de zorgverlener,

Beslissing van de adviserend arts als het een eerste aanvraag of een verandering van post betreft (1)

Datum

Handtekening van de adviserend arts,

Beslissing van de adviserend arts in geval van hernieuwing of ingeval hij achteraf nagaat of de levering conform het voorschrift is uitgevoerd. (1)

Datum

Handtekening van de adviserend arts,

(1) schrappen wat niet past.

Dit document geldt enkel als betalingsverbintenis van de verzekeringsinstelling indien geopteerd werd voor de derdebetalersregeling

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 18A - MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR DRUKKLEDIJ

(in te vullen of klever ziekenfonds)

Naam en voornaam rechthebbende:

Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ):

Ziekenfonds:

(in te vullen door de voorschrijver)

- ☐ maatwerk drukkledij
 - ☐ textiel
 - ☐ siliconelokalisatie(s):
- ☐ maatwerk aangezichtsmasker, halsbandage, thoraxplaat
 - ☐ partieel
 - ☐ volledig
- ☐ maatwerk handschoen
 - ☐ textiel
 - ☐ silicone
 - ☐ corrigerende siliconelokalisatie(s):
- ☐ prefab silicone pelotte
lokalisatie(s):
- ☐ maatwerk silicone pelotte
lokalisatie(s):
- ☐ maatwerk opblaasbare drukpelotte in silicone
lokalisatie(s):
- ☐ aantrekhoes voor drukkledij
 - ☐ onderste ledematen
 - ☐ bovenste ledematen
- ☐ maatwerk handschoen, met vingers, in geval van lymfoedeem
- ☐ andere:

lokalisatie(s):

Identificatie voorschrijvende arts (naam en RIZIV nr):

- ☐ arts-specialist verbonden aan een erkend brandwondencentrum
- ☐ arts-specialist voor plastische heelkunde

Datum en 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

BIJLAGE 18B - KENNISGEVINGSFORMULIER VOOR DRUKKLEDIJ

(in te vullen of klevet ziekenfonds)

Naam en voornaam rechthebbende:

Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ):

Ziekenfonds:

(In te vullen door de voorschrijver)

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde en **(aankruisen)**

- ☐ arts-specialist verbonden aan een erkend brandwondencentrum
- ☐ arts-specialist voor plastische heelkunde
- ☐ **verklaart dat bovenvermelde rechthebbende op datum van, één van de volgende letsels oplep (aankruisen):**
 - ☐ brandwonden derde graad waarbij de wonde meer dan 3 weken tijd nodig had om spontaan te sluiten
 - ☐ brandwonden diepe tweede graad waarbij de wonde meer dan 2 weken tijd nodig had om spontaan te sluiten en waarbij voldaan is aan 3 van de 4 volgende criteria: het litteken is rood / het litteken is verheven / jeukend / met weefselretractie met risico tot functiebeperking
 - ☐ diepe huidlesies ten gevolge van meningococcensepsis, ziekte van Lyell of andere toxische dermatonecrose
 - ☐ uitgebreide reconstructieve chirurgie waarbij een huidgreffe met cutaan of myocutaan flappen werd uitgevoerd

en waarbij de te behandelen wonde

- ☐ gelokaliseerd is ter hoogte van de het hoofd, de hals, de handen, de voeten, de gewrichten (met risico tot functionele beperkingen) of de anogenitale zone (gelieve de topografische lokalisatie van de wonden op het bijgevoegde schema aan te duiden)
- ☐ meer dan 3 % van het totale lichaamsoppervlak beslaat (waarbij 3% niet de som kan zijn van verschillende kleine letsels)
- ☐ bij een rechthebbende voorkomen die op datum van het ongeval nog geen 18 jaar was.
- ☐ **verklaart dat de bovenvermelde rechthebbende een latere correctieve chirurgie heeft ondergaan, dat wil zeggen na het verlopen van de periode die in artikel 27/1, J.3.1. van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen beschreven is, die in rechtstreeks verband staat met één van de hierboven beschreven letsels waarbij drukkledij noodzakelijk is omwille van de specificiteit van het letsel.**

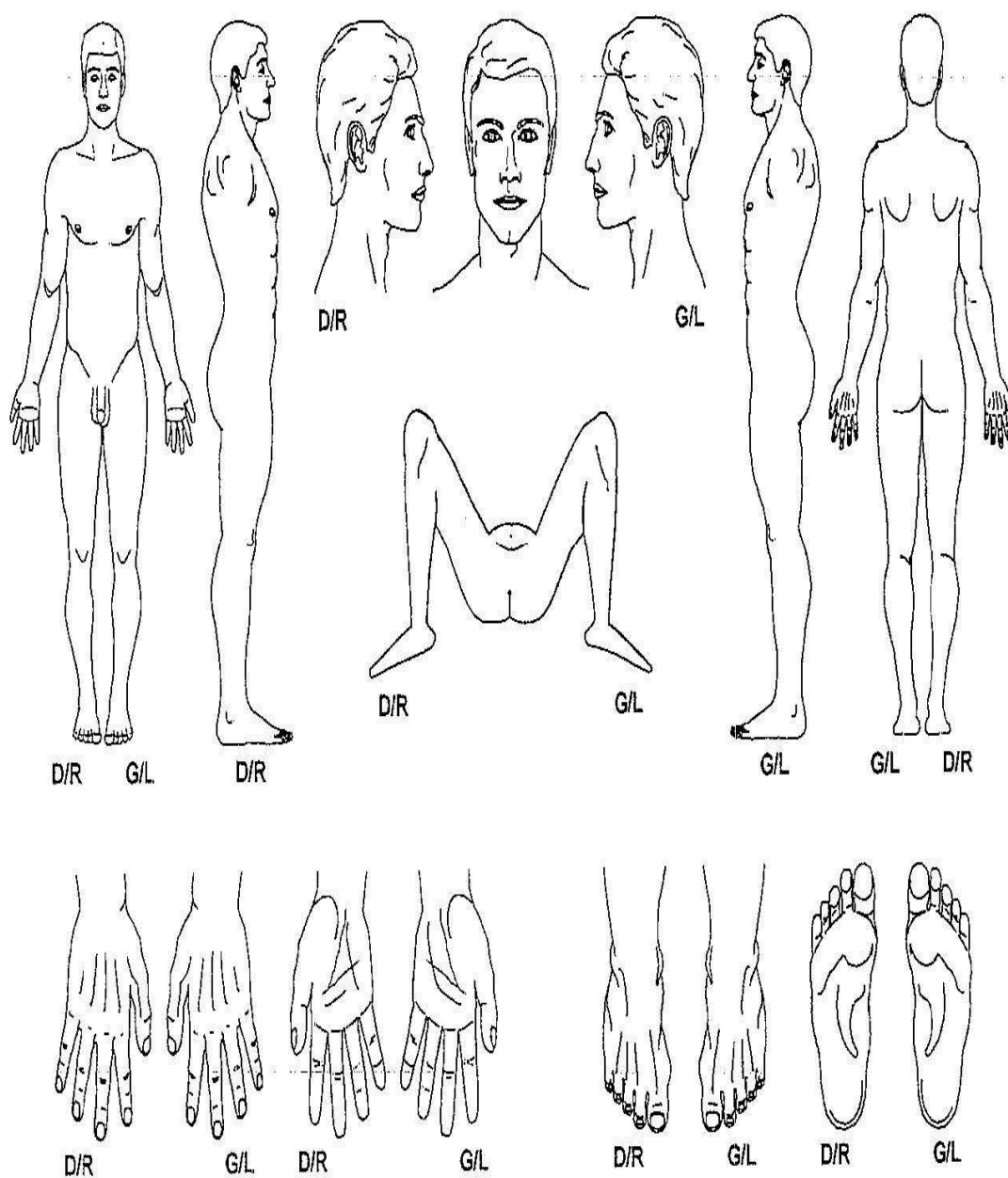
Datum ingreep:

Identificatie voorschrijvende arts (naam en RIZIV nr.):

Datum en handtekening:

% totale - *Totaal* % (TBSA)

%



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 21 - RECTO

AANVRAAG OM VERGOEDING VAN EEN MYO-ELEKTRISCHE PROTHESE OF KOKER**Medisch luik**

In te vullen door de gerechtigde of kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van gerechtigde:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

Adres van de gerechtigde:

Geboortedatum van de patiënt:

In te vullen door de voorschrijvend arts

Naam en voornaam van de patiënt:

Geneeskundig voorschrift:**A. Aanvraag myo-elektrische prothese**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde (arts-specialist, cf. lijst art. 28/1, C.4.2.)¹, verklaar hierbij dat bovengenoemde persoon in aanmerking komt voor het gebruik van een myo-elektrische prothese, en dat zijn toestand geen contra-indicatie vormt hiervoor. Rekening houdende met de medische, psychische, intellectuele en sociale elementen van de patiënt waarover ik beschik, kan ik stellen dat een duurzaam en effectief gebruik van de voorgeschreven myo-elektrische prothese kan verwacht worden en dat de myo-elektrische prothese het functioneren van bovengenoemde patiënt zal verbeteren, en zijn/haar sociale integratie zal bevorderen.

☐ Eerste verstrekking

☐ hernieuwing

☐ hernieuwing koker (tot 18j)³

Diagnose (met duidelijke vermelding van de anatomische letsels, van de etiologie en van de functionele stoornissen) :

Aanvangsdatum van de handicap :

Motivatie en aanvullende gegevens / opmerkingen

(met betrekking tot vrijetijdsbesteding, beroepskundig functioneren, sociale integratie):

☐ ² Ik heb kennis genomen van de testresultaten waaruit blijkt dat de patiënt over voldoende myopotentiëel beschikt met de beschikbare spiergroepen en in staat is om de verschillende beschikbare functies te controleren.

De voorgeschreven myo-elektrische prothese of koker is voor het volgende amputatie niveau:

☐ Deelhand amputatie (vanaf metacarpaal)

☐ bovenarmamputatie

☐ Polsexarticulatie

☐ Schouderexarticulatie

☐ Onderarmamputatie

☐ Schoudergordelamputatie

☐ Elleboogexarticulatie

Bij mijn weten is de amputatie het gevolg van een ongeval:

☐ Ja

☐ Nee

¹ enkel bij eerste voorschrift ook te ondertekenen door het multidisciplinair team

² Enkel bij eerste voorschrift

³ Dit betreft de hernieuwing koker na één jaar voor rechthebbenden tot 18 jaar. Voor vervroegde hernieuwing koker, zie B op verso zijde

B. Vervroegde hernieuwing koker

BIJLAGE 21 - VERSO

Vervaardigen van een nieuwe koker (te motiveren)

- ☐ Na een heelkundige ingreep op de betreffende stomp
☐ Na een belangrijke morfologische wijziging van de stomp van de weke delen of botstructuren
☐ Huidallergieën of andere vormen van overgevoeligheid
☐ Pubertaire groeisput

Motivatie:

Advies multidisciplinair team¹Arts / multidisciplinair team¹

Naam arts-specialist	Erkenningsnummer	Handtekening
Naam ergotherapeut of kinesitherapeut	Erkenningsnummer	Handtekening
Naam andere (+ functieomschrijving)	Erkenningsnummer	Handtekening
Naam andere (+ functieomschrijving)	Erkenningsnummer	Handtekening

Datum:

Adres en identificatienummer revalidatiecentrum waar voorschrijver aan verbonden is¹

Technisch luik

In te vullen door orthopedisch technoloog

Ik, ondergetekende, orthopedisch technoloog, verklaar hierbij de nodige testen voor een myo-elektrische prothese te hebben verricht bij bovengenoemde patiënt op datum van / /, en stelt dat hij/zij met de beschikbare spiergroepen over voldoende myo potentieel beschikt en in staat is om de verschillende beschikbare functies te coördineren.

Naam + adres orthopedisch technoloog	Erkenningsnummer	Handtekening
--------------------------------------	------------------	--------------

Datum:

¹ enkel bij eerste voorschrift ook te ondertekenen door het multidisciplinair team, voor een hernieuwing enkel te ondertekenen door de arts-specialist, cf. lijst art. 28/1, C.4.2.

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

RECTO

Bijlage 21bis**GENEESKUNDIG VOORSCHRIFT VAN EEN PROTHESE VAN HET ONDERSTE LIDMAAT**

In te vullen door de **rechthebbende** of **kleefbriefje V.I.** aanbrengen :

Naam en voornaam van de rechthebbende :
Verzekeringsinstelling :
Inschrijvingsnummer :
Adres van de gerechtigde :
Geboortedatum :/...../.....

Ik, ondergetekende, arts-specialist (vermeld in art. 28/1, A.3.) verklaar hierbij dat hoger vernoemd persoon nood heeft aan (aankruisen wat van toepassing is) :

■ een prothese van het onderste lidmaat

Indien eerste prothese of heramputatie : datum verlies lidmaat:/...../.....

Eigenschappen van de stomp die een bijzondere aandacht vergen bij de vervaardiging van de prothese of die het actief gebruik van de prothese hypothekeren :

.....

Osteo-articulaire factoren die een bijzondere aandacht vergen bij de vervaardiging van de prothese of die het actief gebruik compromitteren:

.....

Andere aandoeningen die een bijzondere aandacht vergen bij de vervaardiging van de prothese of die het actief gebruik van de prothese beperken:

.....

■ een nieuwe koker

omwille van volgende reden :

- ☐ na een heelkundige ingreep op de betreffende stomp

☐ na een belangrijke morfologische wijziging van de stomp van de weke delen of botstructuren

☐ wegens huidallergieën of andere vormen van overgevoeligheid

☐ wegens pubertaire groeisput

Voorschrijver :

Naam en Voornaam :

Adres :

RIZIV-identificatienummer :

Handtekening en datum:

Enkel in te vullen voor groep 4 en 5

Ik, ondergetekende, arts-specialist (vermeld in art. 28/1, A.3) verklaar in te stemmen met de beoordeling van de orthopedisch technoloog dat betrokkene valt onder :

- ☐ groep 4
☐ groep 5 en voldoet aan de functionele vereisten van de looptest (zoals voorzien in art. 28/1, A.5).

Voorschrijver :

Naam en Voornaam :

Adres :

RIZIV-identificatienummer :

Handtekening en datum:

VERSO

Evaluatiegetuigschrift (in te vullen door de orthopedisch technoloog)

Verzorging met (*) : - cosmetische prothese
 - transfertprothese
 - evaluatieprothese
 - definitieve prothese
 - vernieuwing definitieve prothese
 - nieuwe koker

Amputatieniveau :

Datum van de amputatie:/...../.....

(*) omcirkelen wat in aanmerking komt

Evaluatie van de patiënt(e) voor de eerste prothese

- ☐ **groep 1** : patiënten zonder vooruitzicht op loopfunctie : cosmetische prothese. (1)
☐ **groep 2** : patiënten met zeer beperkte loopfunctie en die aangewezen is op hulp van derden voor transfert/verplaatsingen: transfertprothese (2)
☐ **groep 3-4-5** : patiënten met kans op goede loopfunctie: evaluatieprothese (3)

Evaluatie van de patiënt(e) voor de definitieve prothese of voor vernieuwing van de prothese

- ☐ **groep 1** : patiënten zonder vooruitzicht op loopfunctie : cosmetische prothese. (1)
☐ **groep 2** : patiënten met zeer beperkte loopfunctie en die steeds aangewezen zijn op hulp van derden voor transfert/verplaatsingen : transfertprothese. (2)
☐ **groep 3** : patiënten met beperkte loopfunctie die gebruik maken van loophulpen en zich zonder hulp van derden verplaatsen en die aan sociale activiteiten buitenshuis deelnemen. (4)
☐ **groep 4** : actieve patiënten die bij het stappen met prothese geen loophulpen gebruiken. (5)
☐ **groep 5** : zeer actieve patiënten, waarvan de mogelijkheden met de prothese moeten beantwoorden aan de volgende looptest zonder hulpmiddel of andere steun (5) :

Looptest : enkel voor patiënten uit groep 5

- ☐ voor amputaties onder het kniegewricht : stappend met zijn prothese een snelheid kunnen aanhouden van 5 km/uur gedurende minstens 10 minuten.
☐ voor amputaties boven of door het kniegewricht : stappend met zijn prothese een snelheid kunnen aanhouden van 3 km/uur gedurende minstens 10 minuten
☐ voor bilaterale onderbeenamputaties : stappend met zijn prothesen een snelheid kunnen aanhouden van 4 km/uur gedurende minstens 5 minuten
☐ voor bilaterale amputaties waarvan minstens één een mechanisch kniegewricht vereist : stappend met zijn prothesen een snelheid kunnen aanhouden van 3 km/uur gedurende minstens 5 minuten

Identificatie van de orthopedisch technoloog

Naam en Voornaam :

Adres :

RIZIV-identificatienummer :

Handtekening en datum:

- (1) prothese hernieuwbaar na een periode van 10 jaar
 (2) prothese hernieuwbaar na een periode van 5 jaar
 (3) prothese hernieuwbaar door definitieve prothese na een periode van min. 3 maanden gebruik van de evaluatieprothese
 (4) prothese hernieuwbaar na een periode van 4 jaar
 (5) prothese hernieuwbaar na een periode van 3 jaar

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 zorgverlener	
<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>Orthopedisch technoloog:</u> Naam en voornaam: RIZIV-identificatienummer:	
☐ Eerste prothese ☐ Hernieuwing , omschrijving vorige:	Lengte : m Gewicht: kg (zonder prothese)

¹ Arts-specialist verbonden aan een revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie, voorzien in A.3.2. van 28/1 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 A.3.2. van 28/1 van de nomenclatuur.

Deel 1 - EVALUATIE en indicatiestelling voor test met mechatronisch knieprothese

(in te vullen door arts-specialist conform art 28/1)

a) FUNCTIES en ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN en AANDOENINGEN

Zijde	Amputatieniveau	Datum amputatie
☐ Rechts	Voet/ transtibiaal/ knie-exarticulatie / transfemoraal / heupexarticulatie/hemipelvectomie	
☐ Links	Voet/ transtibiaal/ knie-exarticulatie / transfemoraal / heupexarticulatie/hemipelvectomie	

Oorzaak amputatie:			
☐ Vaatlijden	☐ Diabetes+/- vaatlijden	☐ Trauma	☐ Infectie
☐ Oncologisch	☐ Congenitaal	☐ Andere :.....	

Co-morbiditeit	
☐ Hart / long:	☐ Cognitieve stoornissen/ gestoord leervermogen:
☐ Neurologisch:	☐ Bewegingsangst:
☐ Gewrichten:	☐ Stemmingsstoornis:
☐ Toestand ander been:	☐ Visus:
☐ Functie bovenste lidmaat:	☐ 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 :	ROM : ☐ OK ☐ verminderd :
Spierkracht (0-5): /5	Spierkracht (0-5): /5
Stabiliteit: ☐ OK ☐ verminderd :	Stabiliteit: ☐ OK ☐ verminderd :
Pijn: ☐ neen ☐ ja :	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:	

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 ?	☐ 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 ?.....
--

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

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

a) 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 zorgverlener :

Riziv identificatienummer :

b) 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:

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 zorgverlener :

RIZIV identificatienummer :

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

	Meetinstrument/test	Datum nulmeting:/...../..... Resultaat nulmeting/47	Datum test MCK:/...../..... Resultaat test met mechatronische knie/47
AMP PRO	Totaal score AMP PRO		
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 stappen-zonder 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 (staplengthe , 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	☐ 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																				
	<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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 A.5.2., 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 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

- Datum amputatie :/...../.....
- Wat is de reden van uw amputatie?:
ongeval : ☐ arbeidsongeval ☐ gemeen recht ongeval ☐ ander ongeval:.....
andere (te specificëren):
- 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

- Thuisomgeving
☐ vlak ☐ heuvelachtig
- 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 ☐ traplift

Activiteiten en participatie (thuis/werk)

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

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:

.....
.....

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

	Niet mogelijk (bekwaamheid <5%)	Ze er 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					

volgende activiteiten:

[illegible]

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

	Niet mogelijk (bekwaamheid < 5%)	Ze er 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					

kníe op de volgende activiteiten:

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

[illegible]

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 92

Medisch voorschrift voor individueel op maat vervaardigde zitorthese uit art. 27/1

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen zorgverlener.

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Adres	
Verzekeringsinstelling	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	

1. VOORSCHRIFT *In te vullen door de voorschrijvende arts.*

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat.....

(naam en voornaam van de rechthebbende) nood heeft aan een zitorthese op maat zoals beschreven in art 27/1, l.)

Het betreft een : ☐ Eerste aanvraag ☐ Hernieuwing ☐ Voortijdige hernieuwing

Doelgroepen:

- ☐ A1 rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18^{de} verjaardag, rechthebbenden tot de 18^{de} verjaardag
- ☐ A2 rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18^{de} verjaardag, rechthebbenden vanaf de 18^{de} verjaardag
- ☐ B1 rechthebbenden die vanaf de 18^{de} verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18^{de} verjaardag, na gebruik van een verzorgingsrolstoel
- ☐ B2 rechthebbenden die vanaf de 18^{de} verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18^{de} verjaardag, in uitzonderlijke situatie

2. DIAGNOSE EN HUIDIGE MEDISCHE SITUATIE *In te vullen door de voorschrijvende arts.*

- ☐ aangeboren aandoening
- ☐ Aanvangsdatum van de aandoening of letsel die aanleiding geeft tot dit voorschrift:/...../.....
- ☐ De handicap is het gevolg van een ongeval : ☐ ja ☐ neen

Diagnose die aan de basis ligt van dit voorschrift :

Omschrijving van de huidige medische situatie:

De situatie is: ☐ stabiel ☐ evolutief

Het gebruik is: ☐ definitief ☐ tijdelijk

Het gebruik is ☐ dagelijks en gedurende groot deel van de dag

☐ frequent maar niet dagelijks ☐ occasioneel

3. HUIDIGE FUNCTIONELE TOESTAND *In te vullen door de voorschrijvende arts, desgevallend in samenwerking met multidisciplinair team*

Omschrijving van aard en ernst van de mobiliteits- en positioneringsproblemen:

Beschrijving van anatomische en/of functionele stoornissen van de wervelkolom waarvoor een technische oplossing wordt gezocht:

Beschrijving van de anatomische en/of functionele stoornissen van bekkengordel en/of dijbeenspieren waarvoor een technische oplossing wordt gezocht :

Voor doelgroep B1: doorverwijzing en motivatie door behandelend arts (naam en voornaam) , bijgevoegd in bijlage.

Voor doelgroep B2: omschrijving van de uitzonderlijke situatie:

.....
.....
.....

Motivatie voortijdige hernieuwing:

.....
.....
.....

Dit voorschrift is opgemaakt door: *

Datum: / /

Arts-specialist	Naam	Handtekening
	RIZIV-erkenningsnummer	
Ergotherapeut of kinesitherapeut	Naam	Handtekening
	RIZIV-erkenningsnummer	
Andere (functieomschrijving)	Naam	Handtekening
	RIZIV-erkenningsnummer	

*zie art. 27/1, punt 1.5.1.1 voorschrijvers.

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 92BIS
MOTIVERINGSRAPPORT VOOR EEN INDIVIDUEEL OP MAAT VERVAARDIGDE ZITORTHESE

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klever V.I.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	
Adres	
Ziekenfonds	

ZITORTHESE

Doelgroepen:

- ☐ A1 rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18^{de} verjaardag, rechthebbenden tot de 18^{de} verjaardag
- ☐ A2 rechthebbenden met een aangeboren aandoening of een aandoening of letsel opgetreden voor de 18^{de} verjaardag, rechthebbenden vanaf de 18^{de} verjaardag
- ☐ B1 rechthebbenden die vanaf de 18^{de} verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist, rechthebbenden vanaf de 18^{de} verjaardag, na gebruik van een verzorgingsrolstoel
- ☐ B2 rechthebbenden die vanaf de 18^{de} verjaardag in een situatie komen die een zitorthese vereist rechthebbenden vanaf de 18^{de} verjaardag, in uitzonderlijke situatie
- ☐ L.F.O. A1 A2
- ☐ D.L.FO. A1 A2 B1 B2

MOTIVATIE VOOR TOEBEHOREN EN COMPONENTEN

Welke zijn de beperkingen die de toevoeging van één of meerdere toebehoren nodig maakt?

.....

Hoofd

☐ 658490-658501 Anatomisch gevormde hoofdsteen

☐ 658814-658825 1-assig hoofdsysteem

☐ 658836-658840 3-assig hoofdsysteem

Motivatie :

Bovenste lidmaat

☐ 658895-658906 Schouderfixatie (per schouder)

links rechts

☐ 658512-658523 Anatomisch gevormde bovenarmsteen (per lidmaat)

links rechts

Motivatie :

Romp / bekken

- ☐ 658696-658700 Afneembare rugleuning (doelgroep A1)
- ☐ 658873-658884 Thoraxfixatie
- ☐ 658851-658862 Bekkenfixatie

Motivatie :

Onderste lidmaat

- | | | |
|---|-------|--------|
| ☐ 658556-658560 Voetplaat (per voet) | links | rechts |
| ☐ 658593-658604 Gevormde voetsteun met voet- en/of gevormde enkelfixatie (per voet) | links | rechts |
| ☐ 658534-658545 Anatomisch gevormde onderbeensteun (per lidmaat) | links | rechts |
| ☐ 658571-658582 Eëndelig gevormd bilateraal onderbeensteun inclusief voetplaat | | |
| ☐ 658652-658663 en/of 658630-658641 Rigide verstelbare infra-patellaire steunbeugel voor standafwijking van de heup en/of afneembare abductieklos, bevestigd op de zit | | |
| ☐ 658674-658685 Rigide verstelbare suprafemorale steun | | |

Motivatie :

Gewrichten

- ☐ 658711-658722 Geleding heup (per mechanische rotatie as)
- ☐ 658733-658744 Geleding knie (per mechanische rotatie as)
- ☐ 658755-658766 Geleding enkel (per mechanische rotatie as)
- ☐ 658770-658781 Grendel (per mechanische rotatie as)
- ☐ 658792-658803 Sector (per mechanische rotatie as)

Motivatie :

- ☐ 658910-658921 Prefab kameronderstel met trapezium fixatie of gelijkaardig bevestigingssysteem (doelgroep A1)
- ☐ 658615-658626 Tafelblad op maat met fixatiesysteem (doelgroep A1)

Motivatie :

- ☐ **Wijziging van concept:**

Motivatie :

Zorgverlener:

Naam en Voornaam :

Adres :

RIZIV-identificatienummer :

Handtekening en datum:

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

recto

Bijlage 93

MEDISCH VOORSCHRIFT voor stomamateriaal (art. 27/1)

(in te vullen per stoma/fistel)

Identificatie van de rechthebbende (of klever ziekenfonds)

Naam en voornaam rechthebbende:

Adres:

Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid :-.....-.....

Naam ziekenfonds of nummer:

DEEL I: In te vullen door de voorschrijvende arts

I.1. Medische motivatie

Stoma	Fistel
☐ Nieuw aangelegd stoma, datum operatie:/...../..... ☐ Reeds bestaand stoma ☐ Heringreep aan reeds bestaand stoma, datum operatie://..... ☐ Aantal stoma's:	☐ Datum uitbreken van de fistel:/...../..... ☐ Reeds bestaande fistel ☐ Aantal fistels:

a. Type stoma/fistel : (Gelieve slechts ÉÉN vakje aan te kruisen)

Spijverteringstelsel

- ☐ colostomie
☐ ileostomie
☐ andere stoma⁴
☐ fistel

Urinestelsel

- ☐ urostomie
☐ cystostomie (o.a. suprapubische katheter)
☐ andere stomie (o.a. nefrostomie)
☐ fistel

b. Irrigatiesystemen : (in geval van stomie, indien van toepassing)

- ☐ Eerste manuele irrigatieset
 ☐ Eerste irrigatiepomp

c. Convexe/concave huidsystemen:

Is het gebruik van convexe of concave huidsystemen medisch verantwoord?

- ☐ Ja, de stoma is op huidniveau/ingetrokken/gelegen in een huidplooi
☐ Ja, een uitstulping van de huid (te wijten aan een hernia, littekenbreuk of obesitas) is aangewezen rond de stoma
☐ Nee

Duur: maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing)

⁴ oesofagostomie, appendicostomie (malone), gastrostomie, jejunostomie, kortedarmsyndroom stoma, caecostomie.

verso

d. Uitzonderlijke situatie**Is de patiënt in een uitzonderlijke situatie?**

☐ Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij het klinisch beeld of de kenmerken van de stoma of fistel zoals aard, vorm en ligging.

→ Beschrijving :.....
.....

☐ Ja, omwille van abnormale toename van de uitscheiding tgv gewijzigde consistentie, frequentie of volume.

→ Beschrijving :.....
.....

☐ Ja, omwille van uitzonderlijke problemen bij de fysieke kenmerken of huidkarakteristieken van de stoma of de fistel zoals gevoeligheid, allergische aanleg en huidvochtigheid.

→ Beschrijving :.....
.....

☐ Nee

Duur: maanden (max. 12 maanden voor een eerste keer of max. 36 maanden voor een hernieuwing)

I.2. Identificatie voorschrijvend arts

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

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

Handtekening voorschrijvend arts:

DEEL II: In te vullen door de orthopedisch technoloog**II.1 Administratieve gegevens**

In geval van meerdere stoma's/fistels: volgnummer van de toerusting/.....

Datum van eerste ambulante aflevering:/...../.....

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor convexe/concave huidsystemen:/...../.....

Indien van toepassing, startdatum van de tegemoetkoming voor uitzonderlijke situatie:/...../.....

II.2 Identificatie orthopedisch technoloog

Naam en voornaam:

RIZIV-identificatienummer:

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

Handtekening orthopedisch technoloog:

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 94A

MEDISCH VOORSCHRIFT voor therapeutische elastische beenkousen(art. 27/1)

Identificatie van de rechthebbende (of klever ziekenfonds)

Naam en voornaam rechthebbende:
 Adres:
 Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid :
 Naam ziekenfonds of nummer:

Ondergetekende arts verklaart dat voldaan is aan de medische indicatie zoals opgenomen in art 27/1, D.4. van de nomenclatuur en dat de staving van deze diagnose wordt bewaard in het medisch dossier van de rechthebbende.

Medische motivatie:

☐ Indicaties voor therapeutische elastische beenkousen van subgroep 1, namelijk:

- uni- of bilateraal lymfoedeem na lies- of bekkenklieruitruiming
- lymfoedeem na bestraling van de liesstreek
- chronische primair erfelijk lymfoedeem
- congenitale vasculaire malformatie

☐ Indicaties voor therapeutische elastische beenkousen van subgroep 2, namelijk:

- preventie van recidief veneuze ulcera bij chronische veneuze insufficiëntie
- aanwezigheid van een geobjectiverde diepe veneuze trombose
- aanwezigheid van een geobjectiveerd posttrombotisch syndroom

Lokalisatie, noodzakelijke drukklasse en type kous:

Beenkousen	Links (aantal stuks)	Drukklasse			Rechts (aantal stuks)	Drukklasse		
		II ⁵	III	IV		II ⁶	III	IV
☐ Kniekous (AD)								
☐ Bovenbeenkous (AG / AG-T)								
☐ Panty (AT / monoAT)								
☐ Compressiebroek ⁷ (FT)								

Eventuele opmerkingen:

.....

Identificatie voorschrijvend arts⁸

Naam en voornaam:
 RIZIV-identificatienummer:
 Datum: / /
 Handtekening voorschrijvend arts:

⁵ Enkel voor rechthebbenden tot de 15^{de} verjaardag.

⁶ Enkel voor rechthebbenden tot de 15^{de} verjaardag.

⁷ Enkel voor subgroep 1.

⁸ Bij de eerste aflevering moeten de therapeutische elastische beenkousen van subgroep 1 worden voorgeschreven door een arts waarvan sprake in D.4. a), van artikel 27/1 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

Bijlage 94B

MEDISCH VOORSCHRIFT voor therapeutische elastische armkousen en handschoenen (art. 27/1)

Identificatie van de rechthebbende (of klever ziekenfonds)

Naam en voornaam rechthebbende:
 Adres:
 Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid :
 Naam ziekenfonds of nummer:

Ondergetekende arts verklaart dat voldaan is aan de medische indicatie zoals opgenomen in art 27/1, C.3. van de nomenclatuur en dat de staving van deze diagnose wordt bewaard in het medisch dossier van de rechthebbende.

Medische motivatie:

- ☐ Indicaties voor therapeutische elastische armkousen en handschoenen, namelijk:
- lymfoedeem van het bovenste lidmaat, verworven of bij de geboorte aanwezig
 - vasculaire malformatie van het bovenste lidmaat, bij de geboorte aanwezig

Lokalisatie en noodzakelijke kwikdruk:

Armkousen en handschoenen	Links (aantal stuks)	Kwikdruk (mm Hg) ⁹	Rechts (aantal stuks)	Kwikdruk (mm Hg) ¹⁰
☐ Armkous zonder handschoen				
☐ Armkous met handschoen zonder vingers/vingeraanzetten in één stuk				
☐ Armkous met handschoen met vingers/vingeraanzetten in één stuk				
☐ Handschoen zonder vingers/vingeraanzetten				
☐ Handschoen met vingers/vingeraanzetten				

Eventuele opmerkingen:

.....

Identificatie voorschrijvend arts¹¹

Naam en voornaam:
 RIZIV-identificatienummer:
 Datum: / /
 Handtekening voorschrijvend arts:

⁹ Minstens 15 mm Hg.

¹⁰ Minstens 15 mm Hg.

¹¹ De therapeutische elastische armkousen en handschoenen moeten steeds worden voorgeschreven door een arts waarvan sprake in C.4., van artikel 27/1 van de nomenclatuur.