

[Annexe 21bis (Recto)]

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 (médecine-spécialiste mentionné à l'art. 29, § 13, A), 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 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

◇ a 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 (médecine-spécialiste mentionné à l'art. 29, § 13, A.), déclare être d'accord avec l'appréciation du prothésiste selon laquelle la personne concernée relève du:

◇ groupe 4

◇ groupe 5 et satisfait aux exigences fonctionnelles du test de marche prévu à l'art. 29, § 13, C., 2°.

**Prescripteur:**

Nom et prénom: .....  
Adresse: .....  
N° d'identification INAMI: .....

Date et signature:

## Annexe 21bis (Verso)

**Attestation d'évaluation** (à compléter par le prothésiste)

Appareillé à l'aide d'une (*) : <ul style="list-style-type: none"><li>- Prothèse cosmétique</li><li>- prothèse de transfert</li><li>- prothèse d'évaluation</li><li>- prothèse définitive</li><li>- renouvellement d'une prothèse définitive</li><li>- nouveau fût</li></ul> Niveau d'amputation : .....
Date de l'amputation : ...../...../.....
(*) entourer ce qui convient

<b>évaluation du (de la) patient(e) pour la première prothèse</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 1 :</b> patients sans perspective de récupérer la fonction de marche : prothèse cosmétique (1)</li><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 2 :</b> patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements : prothèse de transfert. (2)</li><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 3-4-5 :</b> patients ayant des chances de bonne fonction de marche : prothèse d'évaluation (3)</li></ul>
---

<b>Evaluation du (de la) patient(e) pour une prothèse définitive ou pour un renouvellement de prothèse</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 1 :</b> patients sans perspective de récupérer la fonction de marche : prothèse cosmétique (1)</li><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 2 :</b> patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements. (2)</li><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 3 :</b> 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)</li><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 4 :</b> patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse. (5)</li><li><input type="checkbox"/> <b>groupe 5 :</b> 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) :</li></ul> <p><b>Test de la marche : uniquement pour les patients du groupe 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 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.</li><li><input type="checkbox"/> 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.</li><li><input type="checkbox"/> 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.</li><li><input type="checkbox"/> 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.</li></ul>
--

<b>Identification du prothésiste</b> 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

(\*) entourer ce qui convient