**Carnet d’entretien et de garantie**

**Prothèse myoélectrique**

**Données du patient**

**Nom :** .........................................................

**Adresse :** .........................................................

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

**Tél. :** .........................................................

**N° Gsm** **:** …………………………………………….

**Date de naissance :** ...................................

Vignette O.A.

**Poids :** ...........................................

**Profession:** ...........................................

**Hobbys & :** ...........................................

**activités** ...........................................

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

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

**Médecin prescripteur :**

**nom :** .....................................................

**N° INAMI** :………………………………….

**Paramètres médicaux**

**Date de l’amputation :** .....................................................

**Cause de l’amputation :** .....................................................

**Côté de l’amputation : O Gauche O Droit**

**Niveau de l’amputation**

**O** Amputation d’une partie de la main

**O** Désarticulation du poignet

**O** Amputation de l’avant-bras

**O** Désarticulation du coude

**O** Amputation du bras

**O** Désarticulation de l’épaule

**O** Amputation de la ceinture scapulaire

**Paramètres techniques**

**O Première fourniture O Renouvellement**

**Main myoélectrique**

**O Main myoélectrique**

**O Main multimoteur, multidigitale, programmable**

**Crochet de travail électrique**

**O Crochet de travail électrique**

**Mécanisme du poignet**

**O Mécanisme du poignet de base**

**O Mécanisme du poignet passif permettant la flexion et l’extension du poignet**

**O Moteur de pro-supination actif à commande électrique**

**Articulation du coude**

**O Articulation du coude de base**

**O Articulation du coude avec ressort et verrouillage électrique**

**O Articulation du coude avec commande myoélectrique de la flexion, de l’extension et du verrouillage, pour amputation bilatérale**

**Articulation de l’épaule**

**O Articulation de l’épaule de base**

**O Articulation de l’épaule électrique positionnable**

**Concept de suspension**

**O Bandage de suspension**

**O Bandage fonctionnel avec câble**

**O Bandage fonctionnel avec commutateur**

**O Concept de suspension par vide d’air**

**Liner**

**O Liner préfabriqué**

**O Liner sur mesure**

**O Liner sur mesure high-tech**

 **Date de la fourniture**

 / /

**Identification du dispensateur de soins**

**Pièces**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° article**  | **Dénomination** | **Nombre** | **N° de série** | **Distributeur** |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |

**Entretien (tous les six mois)**

**Date 1er entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date 2e entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date 3e entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

\*Ou son représentant légal

**Date 4e entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date 5e entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date 6e entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date 7e entretien :** .......................................

**Description entretien :**

 **O contrôle de la partie mécanique**

 **O contrôle des bandages**

 **O contrôle de la fixation des électrodes**

 **O contrôle du câblage**

 **O application de graisse de silicone sur les contacts**

 **O test de la main**

 **O contrôle du réglage des électrodes**

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

\* Ou son représentant légal

**Réparations**

**Date de la réparation :**.......................................

**Description de la panne :**.........................................................................................................................................................................................................................

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

**Description de la réparation :**................................................................................ .....................................................................................................................................

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

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date de la réparation :**.......................................

**Description de la panne :**.........................................................................................................................................................................................................................

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

**Description de la réparation :**................................................................................ .....................................................................................................................................

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

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date de la réparation :**.......................................

**Description de la panne :**........................................................................................................................................................................................................................

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

**Description de la réparation :**................................................................................ .....................................................................................................................................

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

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

\*Ou son représentant légal

**Date de la réparation :**.......................................

**Description de la panne :**.........................................................................................................................................................................................................................

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

**Description de la réparation :**................................................................................ .....................................................................................................................................

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

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date de la réparation :**.......................................

**Description de la panne :**.........................................................................................................................................................................................................................

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

**Description de la réparation :**................................................................................ .....................................................................................................................................

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

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

**Date de la réparation :**.......................................

**Description de la panne :**.........................................................................................................................................................................................................................

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

**Description de la réparation :**................................................................................ .....................................................................................................................................

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

**Signature : Patient\* Dispensateur de soins**

\*Ou son représentant légal

**La garantie**

La garantie couvre les prestations livrées, l’assemblage correct et l’adaptation anatomique fonctionnelle. Le dispensateur de soins est responsable du produit fini sur mesure.

Le dispensateur de soins donne une garantie de 7 mois après la fourniture ou après l’entretien de la prothèse myoélectrique. Cette garantie couvre l’assemblage, les fonctions des articulations myoélectriques et le fonctionnement général.

Afin de prévenir et de détecter à temps les défauts et l’usure, une révision ciblée sur l’équipement et les accessoires est imposée tous les 6 mois. Le patient est invité par le dispensateur de soins.

 **Signature patient\***

\*Ou son représentant légal

**Prescriptions d’entretien**

**Attention**

Résistance à l’humidité

 L’électronique et la mécanique de votre main électrique (et/ou l’appareil de préhension) ne résistent pas à l’eau. Évitez de laisser entrer du sable ou de l’eau dans le mécanisme. Vous pouvez laver votre main électrique ou faire la vaisselle mais veillez toujours à ce que l’eau ne pénètre pas dans la main suite à d’éventuelles détériorations du gant cosmétique ou par le haut du fût.

 L’immersion complète dans des liquides endommage l’appareil de préhension. La ventilation naturelle est le meilleur moyen de sécher l’humidité ou les éclaboussures d’eau.

N’utilisez jamais la main comme outil (marteau, levier, etc.)

Ne réglez jamais les électrodes vous-même.

**Entretien et soin**

**Les piles**

 Utilisez toujours les piles en alternance

 Lorsque la main myoélectrique est correctement utilisée et l’électrode correctement réglée, la pile aura une autonomie d’environ 1 jour.

 Lorsque le main ne s’ouvre plus complètement ou fonctionne plus lentement, la tension est trop faible ; il vous faut alors changer la batterie.

 Lorsque vous n’utilisez pas la prothèse, retirez toujours la batterie.

**Le gant**

 Les deux premières semaines, pendant la nuit, rangez la prothèse en position ouverte

maximale : de cette façon, l’enveloppe cosmétique du gant s’assouplira.

 Après deux semaines, la main peut être rangée en position semi-ouverte.

 Par temps froid, il est possible que la main fonctionne moins vite en raison de la raideur du gant.

 Le gant peut être nettoyé à l’aide d’une crème spéciale qui le gardera souple.

 Tâches de couleurs, d’encre, etc. : nettoyez immédiatement la tâche avec un spray spécial

 Lavez régulièrement le gant avec de l’eau et du savon, tout comme votre autre main.

**La main**

Le système de votre main électrique est équipé d’un interrupteur marche-arrêt installé du côté intérieur de la main et non visible à l’extérieur. Le commutateur doit être utilisé lorsque la main adopte pendant un certain laps de temps une position de préhension déterminée, par exemple pour porter un sac, tenir un couvert ou pour écrire ; l’alimentation est ainsi interrompue et vous évite des mouvements indésirables de la main, pouvant survenir lors de la contraction involontaire des muscles ou de perturbations électriques extrêmes. De cette manière, la pile durera aussi plus longtemps.

**Les électrodes**

N’oubliez pas que durant les 15 premières minutes de port, la prothèse ne fonctionne pas de manière optimale. Ceci est dû à l’absence d’un film de transpiration entre la peau et les électrodes. Ce film constitue un conducteur idéal.

**Délai de renouvellement**

\* Pour les bénéficiaires jusqu’à leur 18e anniversaire, le délai de renouvellement est fixé à :

* un an pour le fût de la prothèse et les bandages de suspension,
* deux ans pour la prothèse myoélectrique complète.

\* Pour les bénéficiaires à partir de leur 18e anniversaire, le délai de renouvellement est fixé à :

* quatre ans pour la prothèse myoélectrique complète.

\* Le remplacement du fût de la prothèse, en ce compris le remontage, exclut le remboursement d’une nouvelle prothèse totale :

* pour 4 mois pour le bénéficiaire avant son 18e anniversaire,
* pour 6 mois pour le bénéficiaire à partir de son 18e anniversaire.

**En cas de problème, contactez votre dispensateur de soins!**