

Etape 1 : Fiche d'évaluation des besoins – VPH

VPH concernés par une fiche d'évaluation des besoins : FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO

✗ VPH non concernés par une fiche d'évaluation des besoins : FMP, FMPR, BASE, POU_S

Pour rappel, l'évaluation des besoins et de la situation est requise pour les seules catégories suivantes :

-les FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, SCO ou CYC par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou d'un médecin titulaire d'un DU Appareillage, et d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH ;

- les FRMC, FRMA, FRMP par le(s) prescripteur(s) compétent(s) (médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou médecin titulaire d'un DU Appareillage ou d'une formation à la compensation du handicap ou d'un ergothérapeute). Ces prescripteurs peuvent se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire s'ils l'estiment nécessaire ;

- les FRM, par le(s) prescripteur(s) compétent(s) (médecin ou ergothérapeute). Ces prescripteurs peuvent se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire s'ils l'estiment nécessaire.

Cette fiche d'évaluation a pour objectif d'attester la pertinence du VPH prescrit et de s'assurer de l'adéquation entre la prescription, les besoins identifiés et les éléments figurant sur le devis (adjonctions et options).

La fiche d'évaluation des besoins est l'étape préalable à la fiche de préconisation.

Ces étapes s'appliquent également aux adjonctions prescrites de façon non concomitante lorsqu'elles sont associées aux VPH concernés : **FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO**

Evaluation des besoins du patient selon 4 critères principaux :

<u>1- Facteurs personnels :</u>
- Age du patient : - Latéralité - Capacités physiques : - Capacités cognitives permettant la conduite du VPH dans les situations requises : ☐ Oui ☐ Non - Comorbidité(s) : - Morphologie : - o Poids - - o Taille - o Main dominante (avant handicap)
<u>2 - Usage et activités :</u>
Concernant ce projet, s'agit-il : - D'une première acquisition de VPH : ☐ Oui ☐ Non - D'un renouvellement ou d'un cumul de VPH : ☐ Oui ☐ Non <i>Si oui, précisez la catégorie, la date d'acquisition ou de location, et le modèle du VPH possédé</i> Description du projet d'acquisition de VPH : - Types d'activités réalisées ou envisagées avec le fauteuil roulant : ☐ vie quotidienne ☐ travail ☐ loisirs - Temps d'utilisation actuel ou prévu du VPH par jour ou par semaine : - Types de déplacements : ☐ Intérieur ☐ Extérieur ☐ Tout-terrain
<u>3 - Facteurs environnementaux :</u>
- Lieu de vie : ☐ Appartement ☐ Maison ☐ Etablissement médico-sociale dont EHPAD - Description du lieu de vie : Accessibilité intérieure et extérieure : Présence d'escaliers : ☐ Oui ☐ Non Présence d'ascenseur : ☐ Oui ☐ Non Présence de terrains accidentés et de côtes dans le quartier : ☐ Oui ☐ Non - Environnement humain au domicile : ☐ Personne seule ☐ En couple ☐ En famille ☐ Présence d'auxiliaires de vie ou d'aidants familiaux - Exercice d'une activité professionnelle : ☐ Oui ☐ Non Déplacement sur le lieu de travail : ☐ Oui ☐ Non - Conduite d'un véhicule motorisé (voiture) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Par l'utilisateur ☐ Par un tiers - Utilisation des transports en communs (bus, train, métro, tram) : ☐ Oui ☐ Non

4 - Situation de santé (Pathologie, anamnèse, caractère évolutif, comorbidité(s) éventuelles, problématique respiratoire...)

Synthèse de la demande

Catégorie de VPH envisagée :

☐ FRM

Indiqué pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente.

FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO

La prescription de ce type de fauteuil doit tenir compte de l'environnement de vie du patient, les capacités cognitives et physiques du patient, et de ses habitudes de vie.

Indiqué pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente. Ces types de VPH présentent des possibilités de configuration et/ou de réglages supérieurs au fauteuil roulant modulaire à propulsion manuelle ou à pousser (FRM).

☐ **FRMP, indiqué pour besoins spécifiques d'installation et de changement de positions ;**

☐ **FRMV, nécessitant une verticalisation régulière et dont les capacités fonctionnelles ne leur permettent pas de se verticaliser eux-mêmes**

☐ **FRMS à la pratique d'une activité sportive**

FRE, FREP, FREV,

Indiquée pour les personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale, et qui sont dans l'impossibilité de propulser elles-mêmes un VPH à propulsion manuelle ou podale soit en raison de leur déficience, soit en raison de leur situation environnementale, et qui ont des capacités cognitives et physiques leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique.

A titre exceptionnel, lorsque la personne n'a pas les capacités physiques et cognitives pour utiliser un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique et que sa situation et son environnement rendent impossible la propulsion par l'accompagnant, la prise en charge d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique avec commande uniquement pour l'accompagnant peut alors être envisagée. La préconisation, l'essai et la validation du choix du fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique sont alors réalisés en présence de l'accompagnant. La personne doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maîtrise du FRE

☐SCO

Indiqués chez les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale.

Cette limitation peut être de cause neurologique, rhumatologique, orthopédique, cardio-respiratoire ou métabolique. L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne.

☐POU_MRE

Indiquée chez les enfants de moins de 18 ans présentant une incapacité de marche partielle ou totale, et/ou qui sont dans l'impossibilité d'utiliser elles-mêmes un autre VPH et/ou qui se trouvent dans des situations environnementales ou d'activité empêchant l'utilisation d'un autre VPH. Contrairement aux poussettes simples standards (POU_S), ce type de véhicule s'adresse aux patients ayant un besoin de maintien, de positionnement lié notamment à une perte du tonus musculaire.

FRMC, FRMA, FRMP :

Indiqué pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente.

La prise en charge est assurée pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente.

Ces types de VPH présentent des possibilités de configuration et/ou de réglages supérieurs au fauteuil roulant modulaire à propulsion manuelle ou à pousser (FRM).

La prescription de ce type de fauteuil doit tenir compte de l'environnement de vie du patient, les capacités cognitives et physiques du patient, et de ses habitudes de vie.

☐ **FRMP**, indiqué pour besoins spécifiques d'installation et de changement de positions ;

☐ **FRMA**, aux besoins spécifiques dynamiques de la personne utilisatrice expérimentée dans la maniabilité autonome, les transferts et les franchissements, pour une utilisation intérieure et extérieure

☐ **FRMC**, aux besoins spécifiques de la personne utilisatrice en termes de mobilité et d'efficacité de propulsion;

Attestation et signature

☐ Pour les catégories suivantes : **FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO**

Attestation du représentant de l'équipe pluridisciplinaire :

Je soussigné(e), (nom et qualité) _____, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par une **équipe pluridisciplinaire répondant à la définition réglementaire**, à savoir :

- composée au minimum d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou titulaire d'un diplôme universitaire d'appareillage ;
- et d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH ;
- n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.

 **Date :** _____

 **Nom et signature du représentant de l'équipe pluridisciplinaire :** _____

☐ Pour les catégories suivantes : **FRMC, FRMA, FRMP**

Attestation du prescripteur :

Je soussigné(e), _____, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par le prescripteur compétent, à savoir :

- **un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR)** : titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine physique et de réadaptation, d'un médecin titulaire d'une équivalence par le biais d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine de rééducation couplé à une expérience professionnelle dans le domaine de la MPR ;
- **ou un médecin titulaire d'un DU Appareillage** (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...) ou d'une **formation à la compensation du handicap** ;
- **ou un ergothérapeute** ;
- **n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.**

 **Date :** _____

 **Nom et signature du prescripteur :** _____

☐ Pour les catégories suivantes : **FRM**

Attestation du prescripteur :

Je soussigné(e), _____, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par le prescripteur compétent, à savoir :

- **un médecin ;**
- **un ergothérapeute ;**
- **n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.**

 **Date :** _____

 **Nom et signature du prescripteur :** _____

☐ Pour les adjonctions sur devis :

Attestation du prescripteur :

Je certifie que le besoin de compensation du handicap n'est pas couvert par les options ou adjonctions définies dans la présente nomenclature et nécessite la prescription d'une option ou adjonction spécifique sur devis.

Je soussigné(e), _____, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par le prescripteur compétent selon la catégorie de VPH associé.

 **Date :** _____

 **Nom et signature du prescripteur :** _____

