

**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. 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 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 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

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

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 prothésiste :**

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