

PRESCRIPTION MEDICALE POUR VOITURETTES D'INVALIDE, TRICYCLES ORTHOPEDIQUES ,
CADRES DE MARCHE ET APPAREILS DE STATION DEBOUT

Nom et prénom du patient :
Date de naissance :
Adresse :
Mutualité : Numéro d'inscription :

Le soussigné, docteur en médecine, déclare par la présente que la personne susvisée entre en ligne de compte pour l'utilisation d'une :

VOITURETTE D'INVALIDE (voiturette à conduite manuelle (1), voiturette électronique (1)),
CADRE DE MARCHE (1), TRICYCLE ORTHOPEDIQUE (1), APPAREIL DE STATION DEBOUT (1)

DIAGNOSTIC :
.....
(Préciser clairement la nature et l'importance des troubles fonctionnels et anatomiques de l'appareil locomoteur justifiant l'usage de l'appareil) .
.....
Date de début du handicap :

- L'usage est définitif ou temporaire (1)
- L'usage est nécessaire pendant une partie (importante/restreinte) de la journée (1)
- L'affection entraîne (une restriction importante/une perte complète (2)) de la fonction motrice des membres inférieurs (1)
- Première demande - renouvellement (1)
- Le handicap est consécutif à un accident : OUI - NON (1)
- Le patient séjourne : - à domicile (1);
 - dans un établissement hospitalier (1) (3);
 - dans une maison de repos et de soins (1) (3);
 - dans une maison de repos pour personnes âgées (1) (3);
 - dans une institution pour handicapés (1) (3);
 - dans une maison de soins psychiatriques (1) (3);
 - à un autre endroit (3) :

DATE :

Cachet avec numéro I.N.A.M.I.

Signature :



(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Le patient n'est pas capable de marcher seul, même sur de courtes distances.
(3) A préciser.