

## 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**

L'évaluation du besoin du patient est réalisée selon 4 critères principaux :

### **1- Facteurs personnels :**

- Age du patient :
- Latéralité
- Capacités physiques :
- Capacités cognitives permettant la conduite du VPH dans les situations requises :
- Comorbidité(s) :
- Morphologie :
  - o Poids -
  - o Taille
  - o Main dominante (avant handicap)

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

### **3- Usage et activités :**

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
- Si oui, précisez la catégorie, la date d'acquisition ou de location, et le modèle du VPH possédé*

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 : <input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur <input type="checkbox"/> Tout-terrain
<b>4- Facteurs environnementaux :</b>
- Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Etablissement médico-sociale dont EHPAD
- Description du lieu de vie : Accessibilité intérieure et extérieure : Présence d'escaliers : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Présence d'ascenseur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Présence de terrains accidentés et de côtes dans le quartier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Environnement humain au domicile : <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> Présence d'auxiliaires de vie ou d'aidants familiaux
- Exercice d'une activité professionnelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Déplacement sur le lieu de travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- Conduite d'un véhicule motorisé (voiture) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Par l'utilisateur <input type="checkbox"/> par un tiers <input type="checkbox"/> Non concerné
- Utilisation des transports en communs (bus, train, métro, tram) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Synthèse de la demande</b> (sur la base des besoins exprimés par l'utilisateur / le patient)

Catégorie du VPH envisagé :

FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO	<input type="checkbox"/>
FRMC, FRMA, FRMP	<input type="checkbox"/>
FRM	<input type="checkbox"/>

**Attestation et signature**

<input type="checkbox"/> Pour les catégories suivantes : FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO
<u>Attestation du représentant de l'équipe pluridisciplinaire :</u> Je soussigné(e), (nom et qualité) _____, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par une <b>équipe pluridisciplinaire répondant à la définition réglementaire</b> , à savoir : <ul style="list-style-type: none"> <li>• composée <b>au minimum d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou titulaire d'un diplôme universitaire d'appareillage ;</b></li> <li>• <b>et d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH ;</b></li> <li>• <b>n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.</b></li> </ul>
 <b>Date :</b> _____
 <b>Nom et signature du représentant de l'équipe pluridisciplinaire :</b> _____

□ 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** : \_\_\_\_\_