

Etape 2. Fiche de préconisation

- 1- La fiche de préconisation est rédigée sur la base de la fiche d'évaluation des besoins.
 2- Cette fiche est transmise au distributeur au détail pour le choix du fauteuil qui fera l'objet d'un essai par le patient.

☐ Catégorie du VPH choisi par le prescripteur et/ou l'équipe pluridisciplinaire et le patient :

Pour quels types de VPH ?

FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO

✗ VPH non concernés par une fiche de préconisation : FMP, FMPP, BASE, POU_S

Cocher la case correspondante au type de VPH adapté au besoin de l'utilisateur

VPH manuel modulaire	VPH électrique modulaire	☐ Cycle modulaire	☐ Scooter	☐ Poussette modulaire multiréglable évolutive
☐ FRM - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser ☐ FRMC - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle configurables ☐ FRMA - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle actifs ☐ FRMS - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle sport ☐ FRMP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser multi-position ☐ FRMV - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle de verticalisation	☐ FRE - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique ☐ FRE classe A ☐ FRE classe B ☐ FRE classe C ☐ FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe A ☐ FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe B ☐ FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe C ☐ FREV - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique de verticalisation		☐ SCO classe A+ ☐ SCO classe B ☐ SCO classe C	

☐ **Caractéristiques du fauteuil comprises dans le VPH :**

Mode de propulsion	
Châssis	
Dossier	
Repose-pied	
Accoudoir	
Siège	
Roues	
Système de conduite	

☐ **Mesures anthropométriques du patient.**

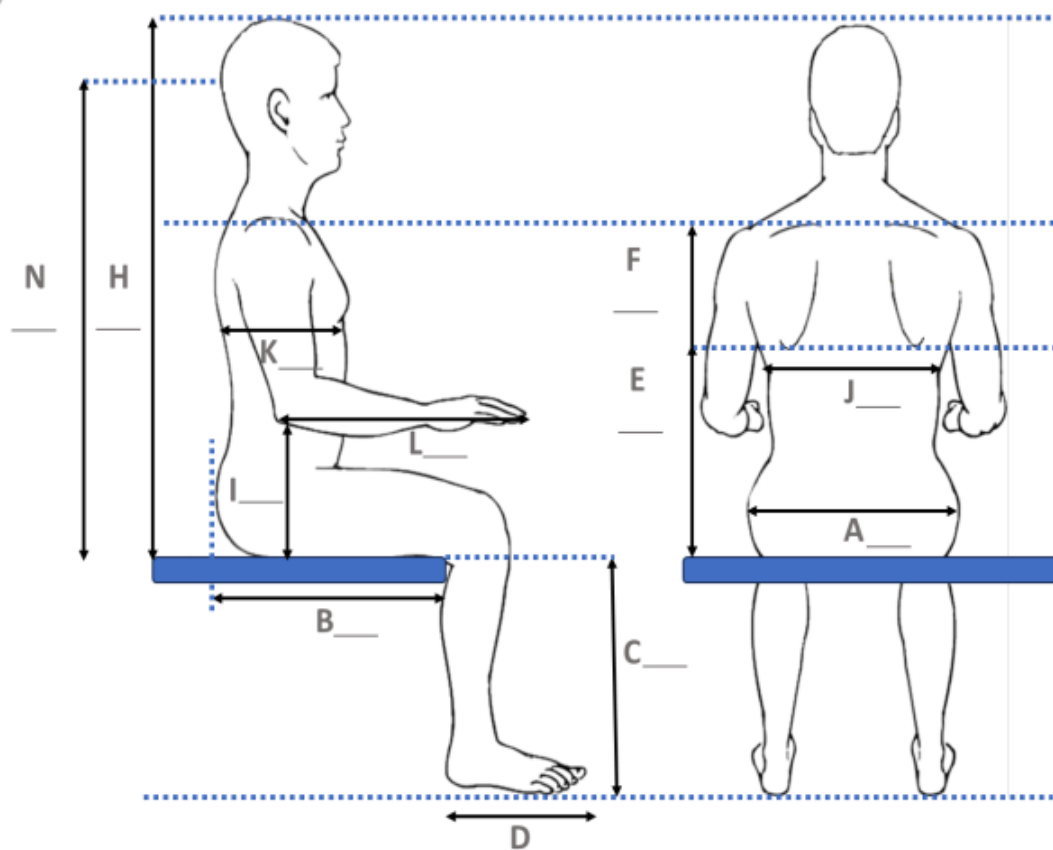
Taille :

Poids :

Latéralité :



A Largeur bassin		H Hauteur tête / siège	
B Longueur cuisses		N Hauteur occiput / siège	
C Longueur creux poplité / pied		I Hauteur coude 90° / siège	
D Longueur pied		J Largeur buste	
E Hauteur omoplate		K Profondeur buste	
F Hauteur épaule		L Longueur bras	



- ☐ Adjonctions non incluses dans le VPH et nécessaires à la compensation du handicap facturée(s) en sus :
- ☐ Produits d'aide à la posture (PAP)

Produits d'aide à la posture (PAP)		Préciser le type
PAP du dossier (forfait PAP A) Code :	Dispositifs de positionnement cervico-céphaliques	
	Dispositifs de positionnement thoraco-lombaires	
PAP des membres supérieurs (forfait PAP A) Code :	Dispositifs de positionnement de l'épaule	
	Dispositif de positionnement du poignet	
PAP des membres inférieurs (forfait PAP B) Code :	Dispositifs de positionnement du genou	
PAP du siège (forfait PAP B) Code :	Base de positionnement du siège	
	Dispositifs de positionnement du bassin	
	Dispositifs de positionnement des hanches	

☐ **Détail des options ou adjonctions nécessaires**

Adjonctions facturables pour VPH modulaires manuels : FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV		Code LPP
☐	Adjonction, système de conduite à double main courante pour FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV	4978547
☐	Adjonction, système de conduite à levier latéral pour FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV	4928928
☐	Adjonction, achat kit de propulsion électrique à commande par l'utilisateur, neuf pour FRM	4929796
☐	Adjonction, achat produit d'assistance à la propulsion à commande uniquement par l'accompagnant, neuf pour FRM	4925054
☐	Adjonction, supplément appui-tête réglable	4954630
☐	Adjonction, repose-jambe électrique droit et gauche pour FRE, FREP, FREV	4937991
☐	Adjonction, tablette complète	4970497
☐	FRM, supplément pour fauteuil roulant bariatrique	4922720
☐	Supplément pour fauteuil roulant bariatrique pour FRE , FREP, FREV et SCO	4902165
☐	Adjonction, levier de basculement pour FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV	4938766
☐	Adjonction, boîtier de commande personnalisé pour FRE, FREP et FREV	4965183
☐	Adjonction, Supplément pour élévation « électrique » (lift) pour FRE, FREP et FREV	4941700
☐	Adjonction, harnais 4 points ou plus pour POU_MRE	4936922
☐	Adjonction, support d'oxygénothérapie et/ou d'appareil de ventilation assistée.	4987500

Demande de prise en charge d'option(s) ou adjonctions sur devis en l'absence d'adjonctions inscrite(s) à la liste des produits et prestations

« 8.1. Indications de prise en charge : La prise en charge d'options ou adjonctions spécifiques sur devis est indiquée pour les personnes en cas de besoin de compensation du handicap non couvert par les adjonctions définies dans la présente nomenclature, notamment lorsque les spécifications techniques des adjonctions diffèrent de façon notable de celles de la catégorie définie, répondant aux indications de prise en charge des fauteuils précités au 3.1.3.4 et objectivé par le ou les prescripteurs définis au 8.2. »

Description de l'option ou adjonctions sur devis	Justification du besoin pour la compensation du handicap non couverte par les options ou adjonctions prises en charge dans la nomenclature

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

La prise en charge du supplément sur devis **pour fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle sport (FRMS)** est indiquée strictement pour les personnes pratiquant une activité sportive spécifique non couverte par la description définie dans la présente nomenclature, dans le cadre d'une pratique confirmée de la discipline (hors professionnelle).»

Description du FRMS sur devis	Justification du besoin pour la compensation du handicap non couverte par la ligne générique de FRMS pris en charge dans la nomenclature

☐ Véhicule pour activités physiques et sportives demandé en l'absence d'équivalence inscrite à la liste des produits et prestations

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 de préconisation 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 de préconisation 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 :** _____

 **Date de transmission au distributeur :**

 **Identification du distributeur**

☐ Pour les catégories suivantes : **FRM**

Attestation du prescripteur :

Je soussigné(e), _____, atteste que cette fiche de préconisation 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 :** _____

 **Date de transmission au distributeur :**

 **Identification du distributeur**