

MEMORIAL
Journal Officiel
du Grand-Duché de
Luxembourg



MEMORIAL
Amtsblatt
des Großherzogtums
Luxemburg

RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 119

30 décembre 1998

S o m m a i r e

**ASSURANCE DÉPENDANCE –
REGLEMENTS D'EXECUTION**

- Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance page **3198**
- Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 déterminant les valeurs monétaires pour les établissements et les prestataires d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance **3268**
- Règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins. **3268**
-

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Vu l'article 350 du Code des assurances sociales et l'article IX (2) de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance;

Vu l'avis de la commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;

Vu les avis de la Chambre de travail, de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, de la Chambre des employés privés, de la Chambre des métiers et de la Chambre de commerce; la Chambre d'agriculture demandée en son avis;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Les aides et soins que requiert la personne dépendante et leur fréquence par semaine sont évalués à l'aide du questionnaire figurant à l'annexe I du présent règlement, sont déterminés suivant le relevé-type figurant à l'annexe II du présent règlement et font l'objet d'un plan de prise en charge suivant les formulaires-type figurant à l'annexe III. Le questionnaire de réévaluation figure à l'annexe IV du présent règlement.

Art. 2. Toute personne, dont la capacité auditive de la meilleure oreille avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est réduite de plus de ou égale à 75DB est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2.

La réduction auditive est à établir en prenant la moyenne arithmétique de la perte auditive au seuil des quatre fréquences conversationnelles 512, 1024, 2048 et 4096 HZ. Pour la fréquence où la perte auditive n'est pas mesurable pour une de ces quatre fréquences, il est admis que le seuil se situe à 120DB.

Peut bénéficier par ailleurs de cette disposition, toute personne qui présente une aphasie de type Broca, Wernicke ou globale, une dysarthrie grave, ou une laryngectomie, sans déficit associé.

Art. 3. Toute personne atteinte de cécité complète ou dont la capacité visuelle du meilleur oeil avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est inférieure à 1/20 ou dont le champ visuel central est réduit à 10° est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2.

Art. 4. Toute personne atteinte d'une forme de Spina Bifida est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2.

Art. 5. Le nombre de 6 heures prévu aux articles 2 à 4 est pris en charge à raison de la moitié de la valeur monétaire applicable aux prestataires d'aides et de soins au sens de l'article 390 du Code des assurances sociales.

Art. 6. La détermination de la dépendance en application des articles 2 à 4 ne préjudicie pas une détermination suivant les dispositions de l'article 1er du présent règlement.

Art. 7. Les réévaluations sont faites d'après le questionnaire simplifié figurant à l'annexe IV du présent règlement.

Art. 8. La Cellule d'évaluation et d'orientation est habilitée à élaborer des versions dans différentes langues des questionnaires prévus aux articles 1er et 7, et à adapter ceux-ci en vue de leur utilisation sur support informatique.

Art. 9. Pendant la période transitoire, l'appréciation des personnes séjournant dans un établissement d'aides et soins ou séjournant dans un hôpital se limite aux questions marquées par un astérisque dans le questionnaire prévu à l'annexe I.

Art. 10. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargée de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial.

La Ministre de la Sécurité sociale,
Mady Delvaux-Stehres

Palais de Luxembourg, le 18 décembre 1998.

Pour le Grand-Duc:
Son Lieutenant-Représentant
Henri
Grand-Duc héritier

ANNEXES

- Annexe I: Questionnaire.
- Annexe II: Relevé-type.
- Annexe III: Plans de prise en charge pour le maintien à domicile et l'établissement d'aides et de soins.
- Annexe IV: Questionnaire de réévaluation.

3200

ANNEXE I QUESTIONNAIRE

PARTIE I. EVALUATION MÉDICALE

Date examen:

Lieu examen :

- Luxembourg
- Esch/Alzette
- Ettelbruck
- Etablissement
- Domicile

Dossier no:

Médecin:

Code :

Nom demandeur:

Prénom demandeur:

Matricule :

ANAMNESE

Pathologie et handicap

: aucun renseignement

Sources :

- Rapport du médecin traitant : oui/non
- Dossier médical: oui/non
- Entretien avec l'infirmier: oui/non
- Communiqué par une tierce personne: oui/non
- La personne elle-même: oui/non

Médication

: aucun renseignement

Labo récent disponible

- Numération : oui/non
- K, NA, CA, CREAT: oui/non
- T S H : oui/non
- Autres: oui/non

Plaintes subjectives de la personne

INTENSITE

	0	+	++	+++
Douleurs				- -
Dépression				
Dyspnée				
Autres				

FREQUENCE

	En permanence	souvent	parfois	rarement	jamais
Douleurs					
Dépression					
Dyspnée					
Autres					

Plaintes subjectives selon l'entourage

INTENSITE

	0	+	++	+++
Douleurs				
Dépression				
Dyspnée				
Autres				

FREQUENCE

	En permanence	souvent	parfois	rarement	jamais
Douleurs					
Dépression					
Dyspnée					
Autres					

Commentaires:

Examen médical

Mensurations

- Poids:KW
- Taille:cm
- T.A:/.....
 Mesurée à: gauche/droite
 Position de la personne: debout/couchée
- Fréquence respiratoire:/minute.
- Autres:

Estimations

- Vision:
 - Bonne
 - Satisfaisante pour AVJ
 - Insuffisante
 - Cécité complète

Attention: si la vision vous semble satisfaisante pour les A VJ, veuillez préciser les activités: p.ex. lire, coudre, travailler, . . .

- Lunettes: oui / non
- Ouïe:
 - Bonne
 - Médiocre
 - Surdité évoluée
 - Surdité complète
- Appareil auditif:
 - oui et utilisé
 - oui et non utilisé
 - non

Etat général:

- Bon
- Satisfaisant
- Médiocre
- Cachectique

- Obésité
- Maigre
- Marasme, Kwashiorkhor

Etat affectif et comportemental:

- Serein
- Triste
- Distant
- Envahissant
- Méfiant
- Agressif
- Autre

Etat cognitif (selon MMS)

- Orientation: score MMS
 - Bien orienté
 - Désorientation spatiale
 - Désorientation temporelle
 - Désorientation/pers.

- Apprentissage: 3 mots répétés
 - Trois mots
 - Deux mots
 - Un mot
 - Aucun mot

- Mémoire: 3 mots mémorisés
 - Trois mots
 - Deux mots
 - Un mot
 - Aucun mot

- Concentration: score MMS: mots répétés:
- Langage: score MMS :
- Praxie: épreuve réussie
 - Totalement
 - Approximativement
 - Vaguement
 - Pas du tout

Score total obtenu:

Appareil locomoteur

Colonne vertébrale

- | | | | |
|--------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| • scoliose dorsale | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| • scoliose lombaire | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| • cyphose dorsale | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| • cyphose lombaire | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| • cyphoscoliose dorsale | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| • cyphoscoliose lombaire | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |

Membres supérieurs

- | | | | | |
|---------------|--|---------------------------------|---------------------------------|---|
| • arthrose | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> droite et gauche |
| • contracture | <input type="checkbox"/> pas d'information | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> droite et gauche |

Membres supérieurs

- arthrose pas d'information gauche droite droite et gauche
- contracture pas d'information gauche droite droite et gauche
- difformité pas d'information gauche droite droite et gauche

Membres inférieurs

- coxarthrose pas d'information gauche droite droite et gauche
- gonarthrose pas d'information gauche droite droite et gauche
- genu valgus pas d'information gauche droite droite et gauche
- genu varus pas d'information gauche droite droite et gauche
- hallux valgus pas d'information gauche droite droite et gauche
- hallux varus pas d'information gauche droite droite et gauche
- pedus valgus pas d'information gauche droite droite et gauche
- pedus varus pas d'information gauche droite droite et gauche
- contracture pas d'information gauche droite droite et gauche
- difformité pas d'information gauche droite droite et gauche
- pied équin pas d'information gauche droite droite et gauche
- pied bot pas d'information gauche droite droite et gauche

Autre /commentaire

.....

Equilibre et marche

- Test de Tinetti Balance:
- Marche:.....
- Total:.....

Tête et cou

.....

Coeur et vaisseaux

.....

- Dyspnée: I II III IV
- Carotide:
- pouls périphérique:
- oedèmes: 0 + ++ +++

• Rythme cardiaque :

- régulier
- irrégulier

- sans souffle
- avec souffle Où?..... Intensité:.....

Poumons

.....

- ronchus Non/Oui
- crépitants Non /Oui
- râles Non/Oui
- sibilants Non/Oui Où?.....

- Sonde urinaire Non/Oui
- Gastrostomie Non/Oui

central et périphérique

- Hémiparésie Non/Oui Gauche droite
- Hémiplégie Non/Oui Gauche droite
- Paraparésie Non/Oui
- Paraplégie Non/Oui
- Tétraparésie Non/Oui
- Tétraplégie Non/Oui
- Parésie Non/Oui Où:

- Aphasie (Wernicke) Non/Oui
- Dysarthrie Non/Oui
- Dyslexie Non/Oui
- Dyspraxie Non/Oui
- Autres Non/Oui

- Tremblements 0 + ++ +++
- Rigidité (roue dentée) 0 + ++ +++
- Akinésie 0 + ++ +++
- Spasticité 0 + ++ +++
- Ataxie (Romberg) 0 + ++ +++
- Polyneuropathie (décrire) 0 + ++ +++
- Autres (décrire) 0 + ++ +++

émentaires

émentaires sont-ils nécessaires ? Non/Oui

esquels:.....

.....

- Avis experts CEO Non/Oui
- Avis médecin traitant Non/Oui
- Avis spécialiste Non/Oui

Diagnostic

A. en ce qui concerne la dépendance

Prière de classer les diagnostics par ordre d'importance pour la **dépendance**

1.

2.

3.

B. autres diagnostics sans lien direct avec la dépendance

4.

5.

De l'avis du médecin examinateur, les déficits constatés sont-ils, endéans un délai de SIX mois, susceptibles de.. . .

 récupération totale récupération partielle aucune récupération possible

1.

2.

3.

4.

5.

Commentaires:

.....
.....

Date souhaitée pour une réévaluation:

(au cas où une réhabilitation est envisagée ou si le médecin suspecte que l'état de la personne risque de s'aggraver fortement avant l'expiration du délai de six mois).

PARTIE II. EVALUATION DE LA DEPENDANCE

1. PARTIE GENERALE

ENVIRONNEMENT

1. ***Quelle est la situation qui a motivé la demande de prestations? Pour quelle raison avez-vous fait une demande de prestation-dépendance?**

.....

2. ***Au cours d'une semaine ordinaire, où vous trouvez-vous habituellement?**

	Collectivité (centre de jour, école, atelier protégé...)	Ménage privé (maison, appartement, logement aménagé...)
1 -Durant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 -Durant la soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 -Durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 -Durant la semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 -Le samedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 -Le dimanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluateur: Si le demandeur se trouve à certains moments en collectivité (centre de jour, atelier protégé, école...) , veuillez donner quelques précisions (type d'institution, à quels moments s'y rend-il? ...).....

3. ***Dans quelle langue vous exprimez-vous?**

	parler	comprendre
1- Luxembourgeois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Allemand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Italien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Portugais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluateur: Quelles sont les difficultés rencontrées par le demandeur compte tenu de son manque de maîtrise des langues utilisées couramment au Luxembourg

.....

Evaluateur: Si le demandeur est en établissement, passez à la partie 2.

4. **Habitez-vous seul ?**

OUI/NON

SI NON → complétez le tableau suivant
 SI OUI → passez à 8

Nom, prénom des personnes qui habitent avec vous	Date de Naissance	Sexe	Lien avec le demandeur

AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

5. Y-a-t-il quelqu'un qui s'occupe plus particulièrement de vous et vous apporte les aides et soins nécessaires?

OUI NON ⇒ passez à la question 15

↓

Pouvez-vous nous donner quelques informations à ce sujet?

6. S'agit-il d'un service ou d'une personne privée?

1. Personne privée

2. Service ⇒ passer à 12.

↓

7. Cette personne a-t-elle avec vous un lien de parenté?

OUI NON

↓

Lequel?.....

8. Cette personne habite-t-elle avec vous?

OUI NON

9. Cette personne est-elle rémunérée?

OUI NON

Par qui ?

10. Cette personne a-t-elle un (autre) emploi?

OUI NON

↓

Lequel?
.....

11. Cette personne sera-t-elle toujours disponible pour vous?

OUI NON

Veillez donner quelques précisions:.....

12. Pouvez-vous évaluer le nombre d'heures que cette personne ou ce service vous accordent par semaine?

heures

13. Pouvez-vous décrire brièvement les tâches que cette personne ou ce service effectuent pour vous?

.....

14. Des dispositions particulières sont-elles prises lorsque cette personne est indisponible (maladie, vacances...)?

OUI NON passez à la question 15.

↓

Lesquelles?.....
.....
.....

Evaluateur: Veillez rendre compte ici de ce que vous avez perçu quant à la disponibilité de la personne aidante et aux difficultés qu'elle rencontre.

.....
.....

15. Y-a-t-il des membres de la famille, amis ou autres personnes qui ne vivent pas avec le demandeur et qui apportent de l'aide ou avec lesquels il a des contacts fréquents?

1. OUI 2. NON, passez à la question 16.

Nom (et nom de jeune fille):.....

prénom:.....

téléphone:.....

domicile/adresse:.....

lien avec le demandeur:.....

Nom (et nom de jeune fille):.....

prénom:.....

téléphone:.....

domicile/adresse:.....

lien avec le demandeur

Nom (et nom de jeune fille):.....

prénom:.....

téléphone:.....

domicile/adresse:.....

lien avec le demandeur:.....

16. Etes-vous parfois seul?

Evaluateur: il y a lieu de considérer ici la situation objective et non le sentiment de solitude

OUI NON, passez à la question 19.

17. Cela pose-t-il un problème ?

OUI NON, passez à la question 19

↓
Lequel?

.....
.....

18. Des dispositions particulières sont-elles ou devraient-elles être prises lorsque vous êtes seul?

1. OUI 2. NON, passez à la question 19.

↓
Lesquelles?.....
.....

CONDITIONS DE LOGEMENT

Les questions qui suivent concernent uniquement les demandeurs qui vivent habituellement en ménage privé (cf. maison, appartement, logement aménagé ..) .

19. Le logement est situé

- 1 - au centre d'une ville
- 2 - à la périphérie d'une ville
- 3 - au centre d'un village
- 4 - à la périphérie d'un village
- 5 - isolé

20. Etes-vous...

- 1 - propriétaire du logement
- 2 - locataire du logement

Qui est le propriétaire ou le locataire en titre?

Nom et prénom

Adresse:.....

Vit-il avec vous ? 1. OUI 2. NON

Commentaires:.....
.....
.....

21. De quel type d'habitation s'agit-il?

- 1 - maison unifamiliale
- 2 - appartement dans un petit collectif (4 logements et moins)
- 3 - appartement dans un collectif moyen ou grand (plus de 4 logements)
- 4- quelques pièces aménagées dans le logement des enfants ou des proches

22. De combien de pièces se compose votre logement?

23. Toutes les pièces vous sont-elles accessibles?

1. OUI , passez à 24 2. NON ⇒

Si non, lesquelles? Pourquoi?.....

Remarques de l'évaluateur

24. Votre logement dispose-t-il d'une installation d'eau chaude?

1. OUI 2. NON, passez à 25

↓

De quel type d'installation s'agit-il?

- 1 - reliée au chauffage central
2 - chauffe-eau indépendant électrique
3 - chauffe-eau indépendant au gaz
4 - autre

Remarques de l'évaluateur.....

25. Le logement est-il équipé

	OUI	Accessible sans aide	accessible avec aide	inaccessible
W-C à chasse-d'eau				
W-C chimique				
Chaise percée				

Si inaccessible, expliquez:.....

26. Disposez- vous d'une salle-de-bains?

1. Oui 2. Non, passez à 27.

↓

Comment est-elle équipée:

		Accessible sans aide	accessible avec aide	inaccessible
Douche				
Baignoire				
Bidet				

Si inaccessible, expliquez:.....

27. Votre logement est-il équipé d'une installation pour cuisiner?

1. Oui 2. Non, passez à 28

↓

Décrire l'équipement:.....

28. Quel est le type de chauffage installé dans votre logement ?

- 1- Chauffage central
2- Appareils indépendants

Combustibles utilisés: 1 - gaz

- 2 - électricité
- 3 - fuel
- 4 - bois/charbon

Le type et le mode de chauffage posent-ils un problème?

1. OUI 2. NON ⇒ Passez à 29

↓

Quel genre de problème? Décrire et expliquer

AMENAGEMENT DU LOGEMENT

29. Rencontrez-vous un problème en raison du revêtement de sol ?

1. OUI 2. NON, passez à 30.

↓

Si oui, lequel?

30. Rencontrez-vous un problème en raison des escaliers ou marches ?

1. OUI 2. NON, passez à 31.

↓

Si oui, lequel?

31. Rencontrez-vous des problèmes en raison du mobilier?

1. OUI 2. NON, passez à 32.

↓

Si oui, lequel ?

32. Rencontrez-vous un problème en raison de l'éclairage ?

1. OUI 2. NON

↓

Si oui, lequel ?

33. Rencontrez-vous des problèmes en raison de l'état d'entretien du logement même?

1. OUI 2. NON , passez à 34.

↓

Si oui, lesquels?

	Bon état	Satisfaisant mais pourrait être amélioré	D
1. Installation électrique			
2. Installation sanitaire			
3. Chauffage			
4. Equipement ménager			

Avez-vous des commentaires à ce sujet?

34. Existe-t-il déjà dans le logement des dispositions ou des aménagements pour pallier la dépendance?

	OUI	NON	LIEU DE L'INSTALLATION
1. Ascenseurs			
2. Elévateur d'escalier			
3. Nivellement de seuils			
4. Rampes (ex. pour fauteuil roulant)			
5. Portes / couloirs larges			
6. Portes s'ouvrant vers l'extérieur			
7. Barres / poignées d'appui			
8. Aides pour fauteuil roulant			
9. Revêtements spéc./ antidérapants			
10. Bon éclairage			
11. Aides pour lever (bain, lit, W-C..)			
12. Accessibilité des surfaces de travail			
13. Accessibilité des armoires.....			
14. Adaptations des positions assises			
15. Siège dans douche / baignoire			
16. Eviers adaptés			
17. Signal ou appel de détresse			
18. Signaux lumineux			
19. Autres.....			

35. Votre état de santé ou votre handicap ont-ils imposé des acquisitions particulières, telles que par exemple l'achat d'une camionnette à cause de la chaise roulante?

1. OUI 2. NON , passez à 36

↓

Si oui, lesquelles?

36. Des dispositions ou des aménagements ont-ils été réalisés pour faciliter le travail de la personne aidante?

1. OUI 2. NON, passez à 37.

↓

Lesquels?.....

37. Une expertise concernant l'aménagement du logement a-t-elle déjà été faite?

1. OUI 2. NON, passez à 38.

↓

Si oui, Par qui? Quand? Existe-t-il un rapport?

38. Des améliorations ou des modifications du logement sont-ils à envisager afin de faciliter l'autonomie du demandeur?

1. OUI 2. NON

Lesquels?

↓

De l'avis du demandeur

		Pour quelle raison?
Ascenseurs		
Elévateur d'escalier		
Nivellement de seuils		
Rampes (ex. pour fauteuil roulant)		
Portes / couloirs larges		
Portes s'ouvrant vers l'extérieur		
Barres / poignées d'appui		
Aides pour fauteuil roulant		
Revêtements spéc./ antidérapants		
Bon éclairage		
Aides pour lever (bain, lit, W-C..)		
Accessibilité des surfaces de travail		
Accessibilité des armoires..		
Adaptations des positions assises		
Siège dans douche / baignoire		
Eviers adaptés		
Signal ou appel de détresse		
Signaux lumineux		
Autres.....		

De l'avis de l'évaluateur

		Pour quelle raison?
Ascenseurs		
Elévateur d'escalier		
Nivellement de seuils		
Rampes (ex. pour fauteuil roulant)		
Portes / couloirs larges		
Portes s'ouvrant vers l'extérieur		
Barres / poignées d'appui		
Aides pour fauteuil roulant		
Revêtements spéc./ antidérapants		
Bon éclairage		
Aides pour lever (bain, lit, W-C..)		
Accessibilité des surfaces de travail		
Accessibilité des armoires..		
Adaptations des positions assises		
Siège dans douche / baignoire		
Eviers adaptés		
Signal ou appel de détresse		

Signaux lumineux		
Autres.....		

39. Quelle est l'appréciation du demandeur quant à la qualité de son logement?

- 1 - - 2- - 3 - - 4 - - 5 -
 très bonne bonne passable mauvaise très mauvaise

⇒ **Quels désavantages lui reconnaît-il?**

.....

.....

⇒ **Quelles qualités lui reconnaît-il?**

.....

.....

.....

2. PARTIE DESTINEE AU DEMANDEUR ADULTE

CAPACITE SENSORIELLE

1 *Avez-vous des problèmes pour... ?

(Attention: ne pas tenir compte de la compensation)

	Nature du problème
Voir	<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Limitation mineure <input type="checkbox"/> Limitation majeure <input type="checkbox"/> Limitation totale
Entendre	<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Limitation mineure <input type="checkbox"/> Limitation majeure <input type="checkbox"/> Limitation totale
Parler	<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Limitation mineure <input type="checkbox"/> Limitation majeure <input type="checkbox"/> Limitation totale

Essayez de déterminer ici si les problèmes signalés sont d'ordre comportemental ou organique :

***Commentaires :**

2. *Utilisez-vous une compensation pour...?

		Si oui, laquelle?	Est-elle adéquate?	Quand a-t-elle été remplacée pour la dernière fois ?
Voir	<input type="checkbox"/>			
Entendre	<input type="checkbox"/>			
Parler	<input type="checkbox"/>			

3. *Avez-vous des problèmes au niveau du toucher?

- 1 - le demandeur a perdu toute sensibilité, ne sent plus la douleur
- 2 - le demandeur a perdu une partie de sa sensibilité
- 3 - le demandeur est hypersensible

CAPACITE MOTRICE

4. *Etes-vous gaucher -1- droitier -2- ambidextre-3-

5. Limitation ou perte d'un (de) membre(s) ou partie(s) du corps:

*Avez-vous des difficultés à faire certains mouvements?

OUI - 1- ⇒ passez à 6 NON -2- ⇒ passez à 7

6. *Quelles sont les parties du corps qui posent un problème?

Partie du corps	Description de la limitation- depuis quand se pose le problème?
1 - Main gauche	
2 - Main droite	
3 - Bras gauche	
4 - Bras droit	
5 - Jambe gauche	
6 - Jambe droite	
7 - Pied gauche	
8 - Pied droit	
9 - Côté gauche du corps	
10 -Côté droit du corps	
11 - Région cervicale	
12 -Région dorso-lombaire	
13 - Généralisé	

7. *Evalueur: Constatez-vous chez la personne

- | | | |
|--|---------|---------|
| 1 - des difficultés de coordination des mouvements | OUI -1- | NON -2- |
| 2 - des tremblements | OUI -1- | NON -2- |
| 3 - une lenteur anormale | OUI -1- | NON -2- |
| 4 - une raideur | OUI -1- | NON -2- |

Si oui, pouvez-vous expliquer et préciser

8. *Pour le ou les problèmes de mobilité que vous venez d'évoquer, avez-vous déjà entrepris un traitement de kiné ou un autre traitement de réadaptation?

OUI -1- NON -2- ⇒ passez à 9.

↓

1 - traitement(s) en cours:

Quel est ce traitement? Depuis quand le suivez-vous? Où le suivez-vous? Vous apporte-t-il quelque chose ? (demandez des précisions)

.....
.....

2 - traitement(s) suivis dans le passé:

Quel était ce traitement? Quand l'avez-vous suivi? Combien de temps a-t-il duré? Vous a-t-il apporté quelque chose?

..

9. *Utilisez-vous une compensation?

(A remplir uniquement si les compensations sont utilisées de façon régulière et irréversible).

	Utilisée ? Avec aide? Quelle aide? Qui vous apporte cette aide ?	Vous appartient-elle ?	Est-elle adaptée à votre problème ?
Canne			
Cadre de marche			
Rollator			
Tricycle, vélo thérap.			
Tripode, quadripode			
Rampes, barre d'appui			
Orthèse			
Prothèse			
Fauteuil roulant			
Fauteuil roulant motorisé			
Table verticalisante			
Coque			
Chaussures orthopédiques			
Corsets			
Moyens de protection			

Bas de contention			
Voiture adaptée			
Autre*.....			

10. *Y-a-t-il des compensations qui vous seraient nécessaires, mais que vous ne possédez pas?

.....

ESPACE DE DEPLACEMENT

11. *Sans l'aide d'autrui, jusqu'où pouvez-vous vous déplacer en tenant compte de votre compensation ?

- 1 - pleine mobilité sans restriction ⇒ passez à 13.
- 2 - pleine mobilité avec restrictions occasionnelles
- 3 - pleine mobilité avec lenteur
- 4 - pleine mobilité avec réduction de l'espace
- 5 - mobilité restreinte au voisinage du domicile
- 6 - mobilité restreinte au domicile
- 7 - mobilité restreinte à la chambre
- 8 - mobilité restreinte au fauteuil
- 9 - mobilité nulle

12. *Pour quelle(s) raison(s) vos déplacements sont-ils limités?

A. Est-ce pour des raisons liées à votre personne?

OUI -1- NON -2- ⇒ passez à **B**: autres raisons.

↓

Lesquelles?

Evaluateur: attendre une réponse spontanée

- 1 - en raison de la limitation de la mobilité d'un membre
- 2 - amputation d'un membre
- 3 - troubles d'équilibre
- 4 - problèmes d'ordre psychologique
- 5 - cécité, malvoyance
- 6 - déficience auditive ou surdité
- 7 - douleurs
- 8 - obésité
- 9 - problèmes cardiaques
- 10 - problèmes respiratoires
- 11 - autres; préciser

Commentaires:

B. Existe-t-il d'autres d'autres raisons, extérieures à vous?

OUI -1- **NON - 2-** ⇒ Passez à 13.

↓

Lesquelles?

- 1 - barrières architecturales
- 2 - manque de ressources matérielles, financières
- 3 - manque d'offres d'aide
- 4 - autre

Préciser et expliquer:

Si ces facteurs extérieurs n'existaient pas, quel serait votre espace de déplacement?

- 1 - pleine mobilité sans restriction
- 2 - pleine mobilité avec restrictions occasionnelles
- 3 - pleine mobilité avec lenteur
- 4 - pleine mobilité dans un espace réduit
- 5 - mobilité restreinte au voisinage du domicile
- 6 - mobilité restreinte au domicile
- 7 - mobilité restreinte à la chambre
- 8 - mobilité restreinte au fauteuil
- 9 - mobilité nulle

13. Le demandeur est-il titulaire d'un permis de conduire?

OUI -1-. **NON -2-**, passez à 17.

14. Le permis a-t-il été délivré avec des restrictions?

OUI-1- NON -2,- ⇒ passez à 15

↓

Lesquelles?.....

15. Le demandeur conduit-il un véhicule? OUI -1- NON -2-⇒passez à 17

16. Le véhicule devrait-il subir des adaptations? OUI -1- NON -2-⇒passez à 17

Lesquelles?

Autonomie fonctionnelle

17. *Comment prenez-vous en charge les activités de la vie quotidienne?

Si l'activité est exécutée par le demandeur sans aide, précisez si cela lui demande un effort particulier ou s'il rencontre des difficultés et lesquelles.

Si l'activité est exécutée avec l'aide d'autrui, précisez le type d'aide apportée et qui est celui qui aide. Cette aide peut être uniquement un encadrement ou une surveillance.

Si l'activité est exécutée par autrui: indiquez la raison. Si la raison est extérieure au bénéficiaire, indiquez quel serait son potentiel à réaliser cette activité

Si la personne n'est pas concernée: indiquez la raison. Si la raison est extérieure au bénéficiaire, indiquez quel serait son potentiel à réaliser cette activité

Faites-vous les activités suivantes?	Comment? - Sans aide - Avec l'aide d'autrui - Par autrui - Non concerné	Précisions et raisons (voir remarque ci-dessus)
Se laver		
Se coiffer		
Prendre un bain		
Prendre une douche		
Se laver les dents		
Nettoyer et remettre le dentier		
Se raser		
Se maquiller		
Se couper les ongles		
Se laver les cheveux		
Utiliser les toilettes		
Se servir à manger		
Manger		
Couper les aliments		
Se servir à boire		
Boire		
Préparer des petits repas		
Préparer un repas complet		
S'habiller/ se déshabiller		
S'asseoir/ se lever d'une chaise		
Se lever/se coucher		
Se déplacer dans le logement		
Monter /descendre les escaliers		

Se tourner dans le lit		
Rester seul pendant plusieurs heures		
Utiliser le téléphone		
Chauffer le logement		
Faire l'entretien ménager régulier		
Faire la lessive et repasser		
Sortir les poubelles		
Ouvrir la porte		
Se déplacer à l'extérieur		
Faire des sorties/visites		
Utiliser les transports en commun		
Faire les commissions		
Gérer les paiements		

18. Pour la réalisation des différentes activités, utilisez-vous éventuellement des compensations particulières? Des dispositions particulières ont-elles été prises dans le logement pour que vous puissiez réaliser ces activités?

.....

19. Au cours de la dernière année, votre capacité à réaliser ces différentes activités s'est-elle améliorée, est-elle restée stable, a-t-elle diminué ?

***Commentaires :**

ELIMINATION

20. *Avez-vous des problèmes d'incontinence?

OUI -1- NON - 2- ⇒ passez à 21 .

↓

A. Incontinence urinaire:

1. OUI

2. **NON** ⇒ passez à **B**

↓

- 1- diurne
- 2- nocturne
- 3- diurne et nocturne

Fréquence

- 1- régulière
- 2- occasionnelle. Quelle est la fréquence?
- 3- occasionnée par des facteurs particuliers? (p.ex. certains médicaments?)

Compensation

- 1- aucune compensation
- 2- penilexl étui pénien
- 3- sonde-cathéter
- 4- couche/culotte de continence
- 5- autre/préciser.....

Aide requise pour la compensation

- 1- aucune aide requise
- 2- aide requise, assurée par

6. Incontinence fécale

1. OUI

2. NON ⇒ Passez à 25

↓

- 1- diurne
- 2- nocturne
- 3- diurne et nocturne

Fréquence

- 1- régulière
- 2- occasionnelle. Quelle est la fréquence?
- 3- occasionnée par des facteurs particuliers?

Compensation

- 1- aucune compensation
- 2- poche/stomie
- 3- tampon rectal
- 4- couche/ulotte de continence
- 5- autre/ précisez.....

Aide requise pour la compensation

- 1- aucune aide requise
- 2- aide requise, assurée par

DOULEUR

21. *Avez-vous mal?

1. OUI 2. NON ⇒ Passez à 26

↓

22. *Dans la mesure où il est possible de décrire l'intensité de votre douleur, est-ce une douleur?

- 1- insupportable
- 2- très intense
- 3- intense
- 4- gênante

23. *Avez-vous mal

- 1- de manière permanente
- 2- occasionnellement
- 3- à certains moments dans la journée. Quand?.....

24. *Est-ce une douleur

- 1- généralisée
- 2- localisée. Où?.....

25. *Suivez-vous un traitement contre la douleur?

1. oui 2. NON

Commentaires:.....

SOINS PARTICULIERS REQUIS

26. Avez-vous besoin de soins particuliers actuellement?

- 1.Oxygène
- 2.Aspirations des sécrétions
- 3.Insuline
- 4.Stomie
- 5.Pansements
- 6.Autres:.....

27. Devez-vous être hospitalisé pour recevoir ces soins?

1. OUI 2. NON, ⇒ passez à 29

↓

A quelle fréquence?

28. Dans ce cas, avez-vous besoin d'aide? 1. OUI 2. NON ⇒ Passez à 29.

↓

Si oui, comment vous organisez-vous?

29. Avez-vous éventuellement besoin d'un autre type d'aide pour ces soins?

1. OUI 2. NON ⇒ Passez à 30.

↓

Le cas échéant, de quelle aide avez-vous besoin ?.....

A quelle fréquence?.....

MEDICATION

30. *Prenez-vous des médicaments?

- 1- Régulièrement
- 2- Occasionnellement
- 3- Rarement

31. *Quels médicaments prenez-vous? Pourquoi?

NOM	DOSE	Pour quels problèmes?	Prescrit	
			OUI	NON

32. *Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos médicaments?

- 1- habituellement
- 2- souvent
- 3- parfois
- 4- rarement
- 5- jamais

39. Avez-vous des problèmes avec vos dents (dentier)?

1. OUI 2. NON-, passez à 40 :

Si oui, précisez

Si vous portez un dentier, à quelle date a-t-il été adapté pour la dernière fois?

Date:

40. Avez-vous éventuellement d'autres problèmes pour manger (tremblements...)?

.....

41. En quelle quantité buvez-vous chaque jour.. . .

1- de l'eau	
2- du café	
3- des boissons sucrées	
4- autres boissons	

N.B. indiquer la quantité approximative exprimée en litres

42. Fumez-vous ?

1. OUI 2. NON

43. *Actuellement suivez-vous un régime?

1 .OUI 2. NON ⇒ passez à 44

↓

Si oui, quel genre de régime suivez-vous?.....

Ce régime vous a-t-il été prescrit par un médecin ou un diététicien?

1. OUI 2. NON

B. Sommeil

44. *Etes-vous satisfait de votre sommeil?

1. OUI ⇒ Passez à 44

2. NON

↓

pourquoi?.....

45. *Faites-vous la sieste?

1. OUI 2.NON

46. *Prenez-vous des médicaments pour dormir?

1. OUI 2.NON

--

UTILISATION DE SERVICES PROFESSIONNELS

47. Actuellement, recevez-vous l'aide ou utilisez-vous certains services professionnels? (Donnez des exemples mais laissez la personne énumérer les services auxquels elle fait appel).

	ORGANISME	où	QUAND
1) Aide à domicile			
2) Soins infirmiers à domicile			
3) Repas sur roues			
4) Téléalarme			
5) Foyer de jour			
6) Centre de jour spécialisé			
7) Club 3e âge			
8) Centre de jour spécialisé			
9) Foyer de jour			
10) Centre de formation			
11) Atelier d'ergo/occupat.			
12) Atelier protégé			
13) Autre structure			
14) Médecin généraliste			
15) Médecin spécialiste			
16) Psychiatre			
17) Infirmier psychiatrique			
18) Infirmière privée			
19) Kinésithérapeute			
20) Ergothérapeute			
21) Educateur			
22) Assistante sociale			
23) Psychologue			
24) Bénévoles			
25) Autres			

RELATIONS SOCIALES ET FAMILIALES

48. Avez-vous des proches qui ne vivent pas avec vous?

1. OUI 2. NON, passez à 49.

↓

De qui s'agit-il?	Combien?	Avez-vous des contacts avec eux ? Quels contacts (visites, téléphone...)? A quelle fréquence? Dans quel contexte?
enfants		
vos petits-enfants		

Relations avec la famille

(Voir avec le demandeur quelle est la nature de ses relations avec sa famille et son entourage. Exprime-t-il un manque, une souffrance?)

.....
Autres relations sociales

(Voir avec le demandeur quelle est la nature de ses relations avec ses amis, ses proches. Exprime-t-il un manque, une souffrance?)

ACTIVITES PERSONNELLES ET COMMUNAUTAIRES

49. Exercez-vous une profession?

1. OUI 2. NON ⇒ passez à la question 50

↓

Donnez quelques indications sur votre travail (lieu,nature..).....

50. *Pouvez-vous donner quelques indications sur vos activités quotidiennes?

Commentaire

(voir avec la personne si elle' exerce ces activités seule, avec d'autres, à domicile, à l'extérieur):

51. Avez-vous des activités de loisirs organisées?

	jamais	parfois	souvent	seul	avec d'autres
1) sport					
2) Cinéma, théâtre, concert					
3) Association culturelle					
4) Groupe à vocation humanitaire					
5) Groupement à vocation civique (pompiers, protection civile, etc.)					
6) Groupe à orientation religieuse					
7) Groupe d'échanges / rencontres					
8) Amiperas.....					
9) Groupe loisirs: jardinage / quilles					
10) Autres loisirs					

52. Les services suivants vous sont-ils accessibles ?

accessible

utilisé/visité

1- Arrêts de bus/train

2- Médecin de famille

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3- Autres médecins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Magasins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Pharmacie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- Coiffeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Pédicure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- Kinésithérapie/Massage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Poste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- Banque/Caisse d'épargne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- Administrations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- Office social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13- Eglise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14- Cafés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15- Parc/Promenades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16- Espaces culturels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17- Activités de loisir/sport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18- Divers..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. Envisagez-vous d'aller dans un établissement d'aides et de soins?

OUI -1-

NON -2- ⇒fin du questionnaire individuel



Pour quelle raison souhaitez-vous une admission en établissement d'aides et de soins ?

**3. PARTIE DESTINEE A LA PERSONNE SIGNIFICATIVE LORSQUE LE DEMANDEUR EST A
DOMICILE**

CONTEXTE DE LA DEMANDE

1. Quels sont, à votre avis, les facteurs qui ont déterminé la demande d'une prestation-dépendance?

AUTONOMIE FONCTIONNELLE DU DEMANDEUR A DOMICILE

A votre avis, le demandeur présente-t-il des problèmes particuliers en regard des aspects suivants:

- 2. Capacité sensorielle (Vue, ouïe parole, sensibilité tactile + problèmes liés aux compensations adaptées, inadaptées, non portées etc.)

- 3. **Mobilité** physique(mouvement, déplacement + problèmes liés aux compensations et à d'éventuelles réadaptations...)

- 4. **Habitudes de vie** (sommeil, usage de tabac, alcool, alimentation...)

- 5. **Médication** (difficultés rencontrées lors de la prise de médicaments: tendance à prendre trop, mal, à oublier, . .)

- 6. **Elimination** (aide nécessaire, incontinence et problèmes associés...)

- 7. **Conditions de logement** (description, difficultés posées par le handicap, difficultés pour le soignant...)

- 8. **A domicile, comment s'organise le bénéficiaire au niveau des activités de la vie quotidienne?** (hygiène, mobilité etc...)

Pour les activités suivantes par exemple?	Le fait-il seul? A-t-il besoin d'aide? Le cas échéant, de quel type d'aide a-t-il besoin?
Se laver	
Se coiffer	
prendre un bain	
prendre une douche	
se laver les dents	
nettoyer et remettre le dentier	
se raser	
se maquiller	
se laver les cheveux	

utiliser les toilettes	
se servir à manger	
manger	
couper les aliments	
se servir à boire	
boire	
préparer des petits repas	
préparer un repas complet	
s'habiller/se déshabiller	
s'asseoir/se lever d'une chaise	
se lever/ se coucher	
se déplacer dans le logement	
monter/descendre les escaliers	
se tourner dans le lit	
rester seul pendant plusieurs heures	
utiliser le téléphone	
chauffer le logement	
faire l'entretien ménager régulier	
faire la lessive et repasser	
sortir les poubelles	
ouvrir la porte	
se déplacer à l'extérieur	
faire des sorties/visites	
utiliser les transports en commun	
faire les commissions	
gérer les paiements	

9. Durant la dernière année, la capacité du demandeur à réaliser ces différentes activités de la vie quotidienne

- 1- s'est-elle améliorée
- 2- est elle restée stable
- 3- a-t-elle diminué
- 4- a-t-elle fortement diminué *Expliquer :*

DYNAMIQUE FAMILIALE ET SOCIALE

Préciser la nature des relations que le bénéficiaire entretient avec sa famille d'une part et les autres personnes de son entourage d'autre part.

10. Relations avec la famille

11. Autres relations sociales

12. Comment l'entourage du demandeur voit-il le problème de perte d'autonomie/ le handicap/ la maladie... Comment l'entourage y réagit-il?

SUPPORT DU RESEAU NATUREL

13. Y-a-t-il dans l'entourage du bénéficiaire, une ou des personnes qui lui apportent de l'aide dans sa vie quotidienne: aide, soins d'hygiène et de santé, contacts amicaux, . ..?

1. OUI 2. NON

14. Quelles sont ces personnes et que font-elles pour lui?

15. Pensez-vous que cette aide pourra durer à l'avenir?

- 1- Oui, à longue échéance
- 2- Oui, à brève échéance
- 3- Non, c'est une aide momentanée

16. Est-elle suffisante?

1. OUI 2. NON

Si non, que manque-t-il?

APTITUDES, COMPORTEMENT ET ETAT AFFECTIF

17. A votre avis, le demandeur présente-t-il un problème quant aux aspects suivants?

	Comment se manifeste-t-il et quels sont les éléments qui vous permettent de donner votre appréciation? (paroles, faits...)
Orientation temps espace et personnes	
Mémoire ancienne et récente	
Jugement	
Capacité d'adaptation	
Comportement	

Commentaires:

18. Décrire ce qui caractérise le mieux l'état affectif du demandeur? (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation etc.)

19. Percevez- vous un problème à ce niveau ?

1. OUI 2. Non

Commentaires:

OPINION DE LA PERSONNE SIGNIFICATIVE QUANT à L'ORIENTATION DU DEMANDEUR

20. Actuellement quels sont selon vous les problèmes principaux du demandeur?

21. Comment voit-il l'intervention d'un réseau de professionnels à son domicile?

22. Comment voyez-vous l'intervention d'un réseau de professionnels à son domicile?

23. Comment envisage-t-il l'éventualité d'un placement en établissement?

24. Comment envisagez-vous l'éventualité d'un placement?

**4. PARTIE DESTINEE A LA PERSONNE SIGNIFICATIVE LORSQUE LE DEMANDEUR
EST EN ETABLISSEMENT**

CAPACITE SENSORIELLE

1 *Le demandeur a-t-il des problèmes pour... ?

(Attention: ne pas tenir compte de la compensation)

	Nature du problème
Voir	<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Limitation mineure <input type="checkbox"/> Limitation majeure <input type="checkbox"/> Limitation totale
Entendre	<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Limitation mineure <input type="checkbox"/> Limitation majeure <input type="checkbox"/> Limitation totale
Parler	<input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Limitation mineure <input type="checkbox"/> Limitation majeure <input type="checkbox"/> Limitation totale

Essayez de déterminer ici si les problèmes signalés sont d'ordre comportemental ou organique :

2. *Le demandeur utilise-t-il une compensation pour...?

		Si oui, laquelle?	Est-elle adéquate?	Quand a-t-elle été remplacée pour la dernière fois ?
Voir	c l			
Entendre	<input type="checkbox"/>			
Parler	<input type="checkbox"/>			

Commentaires'.....

3. *Constatez-vous chez cette personne des problèmes au niveau de la sensibilité?

- 1 - le demandeur a perdu toute sensibilité, ne sent plus la douleur
- 2 - le demandeur a perdu une partie de sa sensibilité
- 3 - le demandeur est hypersensible

CAPACITE MOTRICE

4. *Le demandeur est-il

gaucher -1- droitier -2- ambidextre -3-

Limitation ou perte d'un (de) membre(s) ou partie(s) du corps:

5. *Le demandeur a-t-il des difficultés à faire certains mouvements?

OUI - 1- ⇒ passez à 6 NON -2- ⇒ passez à 7

6. *Quelles sont les parties du corps qui posent un problème?

Partie du corps	Description de la limitation- depuis quand se pose le problème?
1 - Main gauche	
2 - Main droite	
3 - Bras gauche	
4 - Bras droit	
5 - Jambe gauche	
6 - Jambe droite	
7 - Pied gauche	
8 - Pied droit	
9 - Côté gauche du corps	
10 -Côté droit du corps	
11 - Région cervicale	
12 -Région dorso-lombaire	
13 - Généralisé	

7. *Constatez-vous chez le demandeur?

1 - des difficultés de coordination des mouvements	OUI -1-	NON -2-
2 - des tremblements	OUI -1-	NON -2-
3 - une lenteur anormale	OUI -1-	NON -2-
4 - une raideur	OUI -1-	NON -2-

8. *Pour le ou les problèmes de mobilité que vous venez d'évoquer, le demandeur a-t-il déjà entrepris un traitement de kiné ou un autre traitement de réadaptation?

OUI-1- **NON -2-** => passez à 9

↓

1 - traitement(s) en cours :

Quel est ce traitement? Depuis quand le suit-il? Où le suit-il? A votre avis, qu'apporte-t-il au demandeur ? (demandez des précisions)

2 - traitement(s) suivis dans le passé:

Quel était ce traitement? Quand l'a-t-il suivi? Combien de temps a-t-il duré? Quels ont été les résultats?

9. *Le demandeur utilise-t-il une compensation?

(A remplir uniquement si les compensations sont utilisées de façon régulière et irréversible).

	Utilisée ? Avec aide? Quelle aide? Qui vous apporte cette aide ?	Vous appartient-elle ?	Est-elle adaptée à votre problème ?
Canne			
Cadre de marche			
Rollator			
Tricycle, vélo thérap.			
Tripode, quadripode			
Rampes, barre d'appui			
Orthèse			
Prothèse			
Fauteuil roulant			
Fauteuil roulant motorisé			
Table verticalisante			
Coque			
Chaussures orthopédiques			
Corsets			
Moyens de protection			
Bas de contention			
Voiture adaptée			

Autre=.....			
-------------	--	--	--

10. *Y-a-t-il des compensations qui seraient nécessaires au demandeur, mais dont il ne peut disposer en raison de problèmes financiers ou autres ?

1. OUI 2. NON ⇒ passez à 11

↓

Expliquez

.....

.....

ESPACE DE DEPLACEMENT

11. *Sans l'aide d'autrui, jusqu'où le demandeur peut-il se déplacer en tenant compte de sa compensation ?

- 1 - pleine mobilité sans restriction ⇒ passez à 13.
- 2 - pleine mobilité avec restrictions occasionnelles
- 3 - pleine mobilité avec lenteur
- 4 - pleine mobilité avec réduction de l'espace
- 5 - mobilité restreinte au voisinage du domicile
- 6 - mobilité restreinte au domicile
- 7 - mobilité restreinte à la chambre
- 8 - mobilité restreinte au fauteuil
- 9 - mobilité nulle

12. *Pour quelle(s) raison(s) ses déplacements sont-ils limités?

A. Est-ce pour des raisons liées à sa personne?

OUI -1- NON -2⇒ passez à B: autres raisons

↓

Lesquelles?

- 1 - en raison de la limitation de la mobilité d'un membre
- 2 - amputation d'un membre
- 3 - troubles d'équilibre
- 4 - problèmes d'ordre psychologique
- 5 - cécité, malvoyance
- 6 - déficience auditive ou surdité
- 7 - douleurs
- 8 - obésité
- 9 - problèmes cardiaques
- 10 - problèmes respiratoires
- 11 - autre; préciser

Commentaires:

.....

B. Existe-t-il d'autres raisons (extérieures au demandeur)?

OUI -1- NON - 2-⇒ Passez à 13

↓

Lesquelles?

- 1 - barrières architecturales
- 2 - manque de ressources matérielles, financières
- 3 - manque d'offres d'aide
- 4 - autre

Préciser et expliquer:

.....

Si ces facteurs extérieurs n'existaient pas, quel serait son espace de déplacement?

- 1 - pleine mobilité sans restriction
- 2 - pleine mobilité avec restrictions occasionnelles
- 3 - pleine mobilité avec lenteur
- 4 - pleine mobilité avec réduction de l'espace
- 5 - mobilité restreinte au voisinage du domicile
- 6 - mobilité restreinte au domicile
- 7 - mobilité restreinte à la chambre
- 8 - mobilité restreinte au fauteuil
- 9 - mobilité nulle

13. Le demandeur est-il titulaire d'un permis de conduire?

OUI -1-. NON -2-. passez à 17.

14. Le permis a-t-il été délivré avec des restrictions?

OUI-1- NON -2-⇒ passez à 15

↓

Lesquelles?.....

15. Le demandeur conduit-il un véhicule? OUI -1- NON -2-⇒ passez à 17

16. Le véhicule devrait-il subir des adaptations? OUI-1 - NON -2. ⇒ passez à 17

Lesquelles?.....

Autonomie fonctionnelle

17. *Comment le demandeur prend-il en charge les activités de la vie quotidienne?

Si l'activité est exécutée par le demandeur sans aide, précisez si cela lui demande un effort particulier ou s'il rencontre des difficultés et lesquelles.

Si l'activité est exécutée avec l'aide d'autrui, précisez le type d'aide apportée et qui est celui qui aide. Cette aide peut être uniquement un encadrement ou une surveillance.

Si l'activité est exécutée par autrui: indiquez la raison. Si la raison est extérieure au bénéficiaire, indiquez quel serait son potentiel à réaliser cette activité

Si la personne n'est pas concernée: indiquez la raison. Si la raison est extérieure au bénéficiaire, indiquez quel serait son potentiel à réaliser cette activité

Fait-il les activités suivantes?	Comment? - Sans aide - Avec l'aide d'autrui - Par autrui - Non concerné	Précisions et raisons (voir remarque ci-dessus)
Se laver		
Se coiffer		
Prendre un bain		
Prendre une douche		
Se laver les dents		
Nettoyer et remettre le dentier		
Se raser		
Se maquiller		
Se couper les ongles		
Se laver les cheveux		
Utiliser les toilettes		
Se servir à manger		
Manger		
Couper les aliments		
Se servir à boire		
Boire		
Préparer des petits repas		
Préparer un repas complet		
S'habiller/ se déshabiller		
S'assoit-/ se lever d'une chaise		
Se lever/se coucher		
Se déplacer dans le logement		
Monter /descendre les escaliers		

Se tourner dans le lit		
Rester seul pendant Plusieurs heures		
Utiliser le téléphone		
Chauffer le logement		
Faire l'entretien ménager régulier		
Faire la lessive et repasser		
Sortir les poubelles		
Ouvrir la porte		
Se déplacer à l'extérieur		
Faire des sorties/visites		
Utiliser les transports en commun		
Faire les commissions		
Gérer les paiements		

18. Pour la réalisation des différentes activités, utilisez-vous éventuellement des compensations particulières? Des dispositions particulières ont-elles été prises dans le logement pour que vous puissiez réaliser ces activités?

.....

19. Au cours de la dernière année, sa capacité à réaliser ces différentes activités s'est-elle améliorée, est-elle restée stable, a-t-elle diminué ?

*Commentaires :

ELIMINATION

20. *Le demandeur a-t-il des problèmes d'incontinence?

OUI -1- NON - 2-⇒ passez à 21

↓

A. Incontinence urinaire:

1. OUI

2. NON ⇒ passez à B

↓

1- diurne

2- nocturne

3- diurne et nocturne

Fréquence

1- régulière

- 2- occasionnelle. Quelle est la fréquence?
- 3- occasionnée par des facteurs particuliers?
(p.ex. certains médicaments?)

Compensation

- 1- aucune compensation
- 2- penilex / étui pénien
- 3- sonde-cathéter
- 4- couche/culotte de continence
- 5- autre/préciser.....

Aide requise pour la compensation

- 1- aucune aide requise
- 2- aide requise

.....

B. Incontinence fécale

- 1. OUI 2. NON ⇒ Passez à 23

↓

- 1- diurne
- 2- nocturne
- 3- diurne et nocturne

Fréquence

- 1- régulière
- 2- occasionnelle. Quelle est la fréquence?
- 3- occasionnée par des facteurs particuliers?

Compensation

- 1- aucune compensation
- 2- poche/stomie
- 3- tampon rectal
- 4- couche/culotte de continence
- 5- autre : précisez.....

Aide requise pour la compensation

- 1- aucune aide requise
- 2- aide requise,

LA DOULEUR

21. *Le demandeur se plaint-il d'avoir mal?

- 1. très souvent
- 2. souvent
- 3. parfois
- 4. occasionnellement => Passer à 24
- 5. rarement => Passer à 24

Commentaires:

22. *Le demandeur se plaint-il de douleurs...

- 1- insupportables
- 2- très intenses
- 3- intenses
- 4- gênantes

Commentaires.

23. *Suit-il un traitement contre la douleur?

- 1. OUI 2. NON

Commentaires:

SOINS THERAPEUTIQUES ET PREVENTIFS

24. *Le demandeur doit-il recevoir des soins particuliers?

- 1. OUI 2. NON=> passez à 25

↓

Lesquels?	Donné	Avec aide?
Nutrition entérale		
Oxygénothérapie		
Aspiration des sécrétions		
Injection d'insuline		
Aérosolthérapie		

Soins de stomie		
Evacuation rectale manuelle		
Pansement.....		
Lavement rectal		
Lavement vésical		
Lavement vaginal		
Soins préventifs décubitus		
Soins prév. de rétraction et d'attitudes vicieuses		
Dialyse		
Chimiothérapie		
Radiothérapie		
Surveillance d'un traitement contre la douleur		
Soins de trachéotomie		
Soins de sonde ou cathéter vésical		
Pacemaker		
Autre:.....		

Commentaires:.....

MEDICATION

25. *Le demandeur prend-t-il des médicaments?

- 1- Régulièrement
- 2- Occasionnellement
- 3- Rarement

26. *Lesquels? Pourquoi?

NOM	DOSE	Pour quels problèmes?	Prescrit

27. *A-t-il besoin d'aide pour prendre ses médicaments?

- 1. OUI
- 2. NON ⇒ passez à 28

↓
 Si oui, quelle aide et pour quelle raison.....

28. *Le demandeur se plaint-il des effets de certains des médicaments ?

- 1. OUI
- 2. NON ⇒ passez à 29

↓
 De quels effets se plaint-il plus particulièrement?

29. *La prise des médicaments exige-t-elle une surveillance particulière du demandeur?

- OUI -1- ⇒ Passez à 30.
- NON -2- ⇒ Passez à 31

30. *De quelle surveillance s'agit-il?

- 1- test de glycémie
- 2- prise de sang
- 3- surveillance de la tension artérielle

HABITUDES DE VIE

Alimentation

31. Le demandeur mange-t-il habituellement avec appétit?

- 1- Bon appétit
- 2- Pas de problème particulier
- 3- Peu d'appétit

Commentaires:

32. Se plaint-il de problèmes avec ses dents ou son dentier?

1.OUI 2.NON ⇒ passez à 33

↓

Si oui, précisez

à quelle date, le dentier a-t-il été adapté pour la dernière fois?

Date:

33. Le demandeur a-t-il éventuellement d'autres problèmes pour manger (tremblements...)?

1. OUI 2. NON ⇒ passez à 34

↓

Si oui, précisez

.....

.....

.....

34. Le demandeur suit-il actuellement un régime?

1.OUI 2. NON ⇒ passez à 35

↓

Quel genre de régime suit-il?

.....

Ce régime lui a-t-il été prescrit par un médecin ou un diététicien?.....

35. Le demandeur boit-il suffisamment ?

1. OUI

2.NON

↓

des dispositions doivent-elles être prises ?

1. OUI

2.NON

36. *Une surveillance particulière est-elle requise parce que le demandeur consomme de l'alcool?

1. OUI 2. NON ⇒ passez à 37

↓

Expliquez brièvement:

37. *Une surveillance particulière est-elle requise parce que le demandeur fume?

1. OUI 2. NON ⇒ passez à 38.

↓

Expliquez brièvement:

Sommeil

38. *Le demandeur dort-il bien?

1. OUI ⇒ passez à 39 2. NON

↓

Si non, pourquoi?

...

39. *Fait-il la sieste?

1. OUI 2. NON

RELATIONS SOCIALES ET FAMILIALES

40. *Le demandeur a-t-il gardé des contacts avec sa famille ou des amis?

1. OUI 2. NON

Commentaires:
.....

ACTIVITES PERSONNELLES ET COMMUNAUTAIRES

41. *A quoi le demandeur occupe-t-il habituellement ses journées?

42. *Cela pose-t-il éventuellement des problèmes?

APTITUDES COGNITIVES

43. *Quelles sont les aptitudes cognitives du demandeur?

	Aucun problème	Comment se manifeste-t-il et quels sont les éléments qui vous permettent de donner votre appréciation? (paroles, faits...)
Orientation dans le temps		
Orientation dans l'espace		
Orientation aux personnes		
Mémoire ancienne		
Mémoire récente		
Attention		
Compréhension		
Jugement		
Capacité d'adaptation		

ETAT AFFECTIF

44. *Pouvez-vous donner quelques indications sur ce que vous avez perçu de l'état affectif du demandeur? (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation etc.)

Percevez- vous un problème à ce niveau?

1. OUI 2. NON

Description:

COMPORTEMENT

45. *Pensez-vous que le demandeur a des problèmes de comportement?

1. OUI 2. NON

Donnez quelques indications sur ce qui vous permet de tirer votre conclusion.

5. PARTIE DESTINEE A L'EVALUATEUR

APTITUDES COGNITIVES

1. *Quelles sont les aptitudes cognitives du bénéficiaire?

	Si vous constatez un problème, comment se manifeste-t-il et quels sont les éléments qui vous permettent de donner votre appréciation?' (paroles, faits...)
1 - Orientation dans le temps (apprendre)	
2 - Orientation dans l'espace (apprendre)	
3 - Orientation aux personnes (apprendre)	
4 - Mémoire ancienne (apprendre)	
5 - Mémoire récente (apprendre)	
6 - Attention (éviter les dangers)	
7 - Compréhension (apprendre)	
8 - Jugement (éviter les dangers)	
9 - Capacité d'adaptation (apprendre)	

Commentaires:

.....

ETAT AFFECTIF

2. *Pouvez-vous donner quelques indications sur ce que vous avez perçu de l'état affectif du demandeur? (sentiments, humeur, émotions, volonté, motivation etc.)

.....
(agir selon ses croyances et valeurs)

COMPORTEMENT

3. *Pensez-vous que le demandeur a des problèmes de comportement? Donnez quelques indications sur ce qui vous permet de tirer votre conclusion.

.....
(éviter les dangers)

SYNTHESE DE L'EVALUATION

4. Pouvez- vous reprendre ici les principaux problèmes que vous avez constatés lors de l'évaluation ?

Domaine observé	Problèmes constatés
Capacité sensorielle	
Capacité motrice	
Espace de déplacement	
Autonomie fonctionnelle	
Elimination	
Douleur	
Médication	
Habitudes de vie	
Activités personnelles et communautaires	
Relations familiales et sociales et notamment avec l'aidant informel	
Problèmes psychologiques et comportementaux	
Problèmes cognitifs	

5. *Quelles sont vos recommandations à propos de cette situation?

.....

6. *Contexte de l'évaluation (attitudes, difficultés.....).

.....

7. L'évaluation a été réalisée

1- avec le demandeur seul.

2- avec le demandeur en présence d'une autre personne.

Qui?.....

3- avec le demandeur assisté d'une autre personne

Qui?.....

4- avec autre personne que le demandeur

Qui?.....

ANNEXE II RELEVÉ-TYPE DES AIDES ET SOINS REQUIS

No dossier :											
Nom :											
Prénom :											
No matricule :											
Nom du référent de la CEO :										Date :	
AIDES ET SOINS		Durée	Fréquence			TRS	Coefficient	TRPS1	QMR	Coefficient	TRPS2
Actes essentiels de la vie		minutes	de réf./jour	fixée/jour	fréq. hebdo	minutes	Intensité	minutes		qualification	minutes
Hygiène											
AE301	aide minimale	5	1			0	1	0	2	1	0
AE302	aide partielle	12.5	1			0	1	0	2	1	0
AE 303	aide complète (lit/douche)/ prés.c.	17.5	1			0	1	0	3	1	0
AE 304	aide complète (bain) / prés.c.	27.5	1			0	1	0	3	1	0
AE 305	toilette génitale	8	1			0	1	0	3	1	0
AE 306	hygiène buccale	2.5	2			0	1	0	2	1	0
AE 307	soins barbe, peau	5	1			0	1	0	2	1	0
AE 308	lavage cheveux	15	1			0	1	0	2	1	0
AE 309	soins ongles	5	1			0	1	0	2	1	0
AE 310	urinal	2.5	5			0	1	0	2	1	0
AE 311	bassin de lit	5	5			0	1	0	3	1	0
AE 312	assister à la toilette	5	5			0	1	0	2	1	0
AE 313	soins d'incontinence	9	5			0	1	0	3	1	0
SOUS-TOTAL						0		0			0
Nutrition											
AE101	aide minimale	5	3			0	1	0	2	1	0
AE102	aide partielle	10	3			0	1	0	2	1	0
AE103	aide complète	20	3			0	1	0	3	1	0
AE104	entérale	5	6			0	1	0	4	1.1	0
AE105	hydratation	2.5	6			0	1	0	2	1	0
AE106	collation	5	3			0	1	0	3	1	0
SOUS-TOTAL						0		0			0
Mobilité											
AE201	hab.-déshabillage aide minimale	5	2			0	1	0	2	1	0
AE202	hab.-déshabillage aide partielle	7.5	2			0	1	0	2	1	0
AE203	hab.-déshabillage aide complète	15	2			0	1	0	3	1	0
AE204	install. prothèse, orthèse etc.	2.5	1			0	1	0	3	1	0
AE205	lever avec aide	2.5	6			0	1	0	2	1	0
AE206	levier hydraulique/2 pers. ou +	5	6			0	1	0	3	1	0
AE207	se déplacer avec aide	7.5	3			0	1	0	2	1	0
AE208	friction, installation	3.5	12			0	1	0	3	1	0
SOUS-TOTAL						0		0			0
TOTAL Actes essentiels de la vie						0		0			0
Plafond Actes essentiels de la vie								1470			
Tâches domestiques											
TD101	forfait normal	150	-	-		0	1	0	1	0.4	0
TD102	supplément	90	-	-		0	1	0	1	0.4	0
SOUS-TOTAL						0		0			0
Plafond Tâches domestiques								240			
Temps total requis pondéré par semaine						0		0			0

3260

Légende: TRS (temps requis par semaine), TRPS1 (TRS pondéré par le coefficient intensité), TRPS2 (TRSP1 pondéré par le coefficient qualification), QMR (qualification minimale requise).

ANNEXE II

RELEVÉ-TYPE DES AIDES ET SOINS REQUIS

AIDES ET SOINS		Durée	Fréquence			TRS	Coefficient	TRPS1	OMR	Coefficient	TRPS2
Soutien		minutes	de réf./	journalisée /	journalisée, hebdomadaire	minutes	intensité	minutes	qualification	minutes	
SO101	surveillance / garde à domicile	60	-	-	-	0	1	0	2	1	0
SO102	centre de jour spécialisé accompagnement indiv. de soutien	60	-	-	-	0	0.25	0	2	1	0
SO103	inf. psychiatrique	30	-	-	-	0	1	0	5	1.2	0
SO104	assistant social	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
SO105	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
SO106	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
SO107	psychologue	30	-	-	-	0	1	0	8	1.6	0
SO108	course/sortie avec personne soutien stat./ activité individuelle	30	-	-	-	0	1	0	1	0.4	0
SO109	inf. psychiatrique	30	-	-	-	0	1	0	5	1.2	0
SO110	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
SO111	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
SO112	psychologue	30	-	-	-	0	1	0	8	1.6	0
SO113	soutien stat./activité de groupe	30	-	-	-	0	1	0	2	1	0
SOUS-TOTAL						0		0			0
Plafond Soutien								720			
Conseil											
nutrition											
CS201	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS202	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
hygiène corporelle											
CS203	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS204	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
habillage-déshabillage											
CS205	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS206	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
mobilité											
CS207	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS208	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
positionnement											
CS209	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS210	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
transferts:											
CS211	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS212	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
CS213	communication support	30	-	-	-	0	1	0	8	1.6	0
conseil entourage											
CS214	infirmier	30	-	-	-	0	1	0	4	1.1	0
CS215	inf. psychiatrique	30	-	-	-	0	1	0	5	1.2	0
CS216	assistant social	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS217	ergothérapeute	30	-	-	-	0	1	0	6	1.4	0
CS218	kinésithérapeute	30	-	-	-	0	1	0	7	1.4	0
CS219	psychologue	30	-	-	-	0	1	0	8	1.6	0
CS220	constitution dossier	60	-	-	-	0	1	0	4	1.1	0
SOUS-TOTAL						0		0			0

ANNEXE II RELEVÉ-TYPE DES AIDES ET SOINS REQUIS

Remarques complémentaires, interne CE0

Informations à transmettre à l'établissement

Qualification minimale requise (QMR): 1 (sans qualification)(0.4), 2 (aide-socio-familiale, (1)), 3 (aide-soignant, (1)) 4 (infirmier, (1.1)), 5 (infirmier psychiatrique, (1.2)), 6 (ergothérapeute, (1.-4)), 7 (kinésithérapeute. (1.4)), 8 (psychologue, (1.6)).

Les qualifications suivantes sont encore acceptées sans que la QMR/aide et soin ne puisse être changée: éducateur (1.1), infirmier en pédiatrie (1.2) infirmier gradué (1.4) éducateur gradué (1.4) assistant social (1.4), rééducateur en psychomotricité (1.4) assistant d'hygiène social (1.6) pédagogue curatif licencié (1.6), pédagogue curatif (1.4).

Légende: TRS (temps requis par semaine), TRPS1 (TRS pondéré par le coefficient intensité), TRPS2 (TRPS1 pondéré par le coefficient qualification), QMR (qualification minimale requise).

0 Produits nécessaires aux aides et de soins

0 Appareil(s) suivant expertise du et dossier no

Adaptation(s) du logement suivant expertise du et dossier no pour un coût total de

Réévaluation demandée par CE0 pour le mois de

Personne atteignant le seuil pour cause de dispositions particulières suivant avis médical du

ANNEXE III PLAN DE PRISE EN CHARGE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE

Vu la demande introduite à la date du . . .
 par . . .
 Matricule. . .

L'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation en date du . . . composée de

_____	Nom du référent:	_____
_____	membre	membre
_____	membre	membre

a requis pour le bénéficiaire susvisé les prestations suivantes, dont la durée est exprimée en minutes par semaine:

PRESTATIONS EN NATURE		Temps requis/pondéré
ACTES ESSENTIELS DE LA VIE		
	HYGIENE.....	XXX
	NUTRITION.....	XXX
	MOBILITE.....	XXX
	TACHES DOMESTIQUES.....	XXX
A.	TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE.....	XXX
B.	SOUTIEN.....	XXX
C.	TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE RECURRENT (A+B).....	XXX
AIDES ET SOINS DELIVRES HORS RESEAU (svt. plan de partage)		
	1ère tranche (0 - 20 min.)	XXX
	2e tranche (420 - 840 min.)/2	XXX/2
D.	Total minutes à déduire	XXX
E.	PRESTATION EN ESPECES à XXX francs par journée	
AIDES ET SOINS A DELIVRER PAR LE RESEAU		
F.	TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE (A-D) XXX - XXX =.....	XXX
(B.)	SOUTIEN.....	XXX
G.	TOTAL A DELIVRER PAR LE RESEAU.....	XXX

Autres prestations :

H.	<input type="checkbox"/>	Conseil (Crédit: XXX minutes)
I.	<input type="checkbox"/>	Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (XXX francs /mois)
J.	<input type="checkbox"/>	Appareils suivant expertise et dossier N° ... du ...
		Code appareil: Libellé:
K.	<input type="checkbox"/>	Adaptation(s) du logement suivant expertise et dossier N° ... du ...
		Code fourniture: Libellé:

Le droit aux prestations en vertu du présent plan de prise en charge est ouvert à partir du ...

ANNEXE III PLAN DE PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMET D'AIDES ET DE SOINS

Vu la demande introduite à la date du . . .
 par . . .
 Matricule . . .

L'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation en date du . . . composée de

Nom du référent:	
_____	_____
membre	membre
_____	_____
membre	membre

a requis pour le bénéficiaire susvisé les prestations suivantes, dont la durée est exprimée en minutes par semaine:

PRESTATIONS EN NATURE	Temps requis/pondéré
<i>ACTES ESSENTIELS DE LA VIE</i>	
HYGIENE.....	XXX
NUTRITION.....	XXX
MOBILITE.....	XXX
TACHES DOMESTIQUES.....	XXX
SOUTIEN.....	XXX
TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE.....	XXX

Autres prestations :

	Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (XXX francs /mois)	
	Appareils suivant expertise et dossier N°... du ...	
	Code appareil:	Libellé:

Le droit aux prestations en vertu du présent plan de prise en charge est ouvert à partir du ...

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE DE REEVALUATION

Réévaluation réalisée le :

Date de l'évaluation précédente:

Date de la demande de réévaluation:

Révision des prestations demandée par :

- le requérant
- la famille
- le réseau
- l'établissement d'aides et de soins
- l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance
- la cellule d'évaluation et d'orientation

Type de demande :

- révision des aides et soins requis
- appareil(s)
- adaptation(s) du logement
- adaptation ponctuelle du plan de prise en charge
- modification fondamentale dans le partage des aides et soins
- autre:

Motif de la demande :

- modification de l'état du demandeur dans le sens d'une amélioration
- modification de l'état du demandeur dans le sens d'une détérioration
- modification de la situation de la personne qui assure des aides et soins à domicile
- autre:

Expliquer le motif de la demande ou les raisons pour lesquelles une réévaluation est souhaitée:

Portrait global du demandeur

Comment la situation a-t-elle évolué depuis la dernière évaluation au regard des différents aspects évoqués ci-dessous?

	Amélioration	Détérioration	Stabilité	Cochez les domaines à réévaluer (1)
Capacité sensorielle				
Capacité motrice - Espace de déplacement				
Elimination				
Douleur				
Soins thérapeutiques et préventifs				
Médication				
Utilisation de services professionnels				
Habitudes de vie				
Relations sociales et familiales				
Activités personnelles et communautaires				
Demandes du bénéficiaire				
Autonomie fonctionnelle				
Aptitudes cognitives - Etat affectif - Comportement				

Pour les domaines où une réévaluation s'impose, l'évaluateur se reportera aux rubriques concernées dans le questionnaire d'évaluation de la dépendance.

Pour l'évaluation médicale, le médecin utilisera le même questionnaire que pour la demande initiale.

Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 déterminant les valeurs monétaires pour les établissements et les prestataires d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance.

Nous JEAN, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Vu l'article 395 alinéa 3 du Code des assurances sociales;

Vu les avis de la Chambre de Travail, de la Chambre des Employés privés, de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics, de la Chambre de Commerce et de la Chambre des Métiers; la Chambre d'Agriculture demandée en son avis;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et de Notre Ministre du Budget et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. Les valeurs monétaires prévues à l'article 395 du Code des assurances sociales sont fixées pour l'exercice 1999 à 1420 francs par heure pour les établissements au sens de l'article 389 du Code des assurances sociales et à 1500 francs par heure pour les prestataires d'aides et de soins au sens de l'article 390 du même code.

Art. 2. Notre Ministre de la Sécurité sociale et Notre Ministre du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial et qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1999.

La Ministre de la Sécurité sociale,
Mady Delvaux-Stehres

Le Ministre du Budget,
Luc Frieden

Palais de Luxembourg, le 18 décembre 1998.

Pour le Grand-Duc:
Son Lieutenant-Représentant
Henri
Grand-Duc héritier

Règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins.

Nous Jean, par la grâce de Dieu, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau;

Vu les articles 359 alinéa 3 et 396 du Code des assurances sociales;

Vu la proposition de la commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;

Les Chambre de Commerce, Chambre des Métiers, Chambre de Travail, Chambre des Employés privés, Chambre des Fonctionnaires et Employés publics et Chambre d'Agriculture demandées en leurs avis;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et Notre Ministre du Budget et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. Les appareils pris en charge par l'assurance dépendance sont inscrits sur une liste formant annexe du présent règlement et classés en classes, sous-classes et divisions d'après la "Norme internationale ISO 9999".

Art. 2. Les appareils inscrits sous la rubrique "Acquisition Domicile" sont pris en charge dans le domaine du maintien à domicile sous forme d'un paiement intégral du prix d'acquisition déterminé dans le contrat de prestations de services prévu à l'article 394 du Code des assurances sociales.

Art. 3. Les appareils inscrits sous la rubrique "Location Domicile" sont pris en charge dans le domaine du maintien à domicile sous forme d'un paiement intégral du prix de location déterminé dans le contrat de prestations de services prévu à l'article 394 du Code des assurances sociales.

Art. 4. Les appareils inscrits sous la rubrique "Acquisition Domicile" et "Location Domicile" peuvent être pris en charge ou bien sous forme d'un paiement intégral du prix d'acquisition ou bien sous forme d'un paiement intégral du prix de location.

Art. 5. Les appareils inscrits sous la rubrique "Acquisition Etablissement" sont pris en charge dans un établissement d'aides et de soins sous forme d'un paiement intégral du prix d'acquisition déterminé dans le contrat de prestations de services prévu à l'article 394 du Code des assurances sociales.

Art. 6. Les appareils inscrits sous la rubrique "Location Etablissement" sont pris en charge dans un établissement d'aides et de soins sous forme d'un paiement intégral du prix de location déterminé dans le contrat de prestations de services prévu à l'article 394 du Code des assurances sociales.

Art. 7. Les appareils inscrits sous la rubrique "Acquisition Etablissement" et "Location Etablissement" peuvent être pris en charge ou bien sous forme d'un paiement intégral du prix d'acquisition ou bien sous forme d'un paiement intégral du prix de location.

Art. 8. La liste peut être complétée par un poste fixe (89) dans des situations exceptionnelles dues au progrès technique. Ce poste fixe est ajouté sur décision de la cellule d'évaluation et d'orientation au code ISO de la sous-classe.

Art. 9. Les produits nécessaires aux aides et soins dans un établissement d'aides et de soins sont pris en charge par l'assurance dépendance selon les modalités fixées à l'article 356 alinéa 1 du Code des assurances sociales et selon le montant forfaitaire fixé à l'article 356 alinéa 2 du Code des assurances sociales. Ce montant est accordé sous forme de prise en charge directe par l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, l'établissement d'aides et de soins n'ayant d'action contre la personne dépendante que pour la partie dépassant la prise en charge de l'assurance dépendance.

Art. 10. Si les fournisseurs spécialisés et l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance n'ont pas encore conclu un contrat de prestations de services prévu à l'article 394 du Code des assurances sociales, l'assurance dépendance peut jusqu'au 31 décembre 1999 prendre en charge les appareils dans le cadre d'un contrat de gré à gré conclu avec un fournisseur spécialisé après élaboration par le fournisseur d'un devis approuvé par la cellule d'évaluation et d'orientation.

Art. 11. Notre Ministre de la Sécurité sociale et Notre Ministre du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et entre en vigueur avec effet au 1^{er} janvier 1999.

La Ministre de la Sécurité sociale,
Mady Delvaux-Stehres
Le Ministre du Budget,
Luc Frieden

Château de Fischbach, le 23 décembre 1998.
Pour le Grand-Duc:
Son Lieutenant-Représentant
Henri
Grand-Duc héritier

LISTE DES APPAREILS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE DEPENDANCE					
Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
03	Aides pour le traitement et l'entraînement				
0318	Aides pour doser les médicaments				
031803	Boîtes de dosage	X			
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiscarres)				
033303	Coussins pour la prévention des escarres	X	X	X	X
033306	Matelas et alèzes pour la prévention des pressions	X	X		
033309	Equipements spéciaux pour la prévention des pressions douloureuses comprenant les alarmes antiscarres	X	X		
033312	Lits pour la prévention des escarres	X	X		
0348	Equipement pour l'apprentissage du mouvement, de la force et de l'équilibre				
034803	Cycles d'entraînement et cycles ergométriques		X		
034806	Barres parallèles et appareils de verticalisation		X		
034821	Tables inclinables		X		
09	Aides pour les soins personnels et la protection				
0903	Vêtements et chaussures				
090303	Capes	X		X	
090312	Gants et mouflés	X		X	
090336	Culottes de protection pour le bain	X		X	
090345	Dispositifs antidérapants pour chaussures et bottes	X		X	
090348	Dispositifs pour boutonner et attacher	X		X	
0906	Aides de protection portées sur le corps				
090603	Aides pour protéger la tête	X		X	
090606	Aides pour protéger les yeux et le visage	X		X	
090609	Aides pour protéger les oreilles et l'audition	X		X	
090612	Aides pour protéger les coudes et les bras	X		X	
090615	Aides pour protéger les mains	X		X	
090618	Aides pour protéger les jambes et les genoux	X		X	
090621	Aides pour protéger les pieds, talons et doigts de pieds	X		X	
090624	Aides pour protéger tout le corps et le torse	X		X	
0909	Aides pour s'habiller et se déshabiller				
090903	Aides pour enfiler les chaussettes et collants	X		X	
090906	Chausse-pieds et tire-bottes	X		X	
090912	Tiges à crochet pour l'habillage et le déshabillage	X		X	
090915	Crochets pour manœuvrer les fermetures à glissière	X		X	
090918	Tire-boutons	X		X	

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
0912	Aides pour l'hygiène				
091203	Sièges percés (avec ou sans roulettes)	X	X		
091212	Surélévateurs de WC (séparés)	X	X		
091215	Surélévateurs de WC (avec fixations rapportées)	X	X		
091218	Surélévateurs avec fixations intégrées (non démontables)	X	X		
091221	Sièges de WC à hauteur auto-réglable	X	X		
091224	Barres d'appui et dossiers montés sur WC	X	X		
091227	Pince porte-papier hygiénique	X			
091230	Porte-rouleau de papier hygiénique	X			
091233	Bassins de lit	X			
0927	Collecteurs d'urine				
092709	Urinaux	X			
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher				
093303	Sièges de bains/sièges de douche (avec ou sans roulettes), tabourets, dossiers, sièges	X	X		
093312	Brancards et tables de douche et de change de couches	X	X		
093324	Planches pour baignoires	X	X		
093327	Aides pour raccourcir la longueur ou la profondeur de la baignoire	X	X		
093330	Gants de toilette, éponges, brosses avec support, poignée ou pince de fixation	X		X	
093333	Porte-savon avec support et distributeurs de savon	X	X		
093336	Aides pour se sécher	X	X		
0936	Aides pour manucure et pédicure				
093603	Brosses à ongles	X		X	
093606	Limes à ongles et planches avec émeri	X		X	
093609	Ciseaux à ongles et coupe-ongles	X		X	
0939	Aides pour les soins des cheveux				
093906	Peignes et brosses à cheveux	X		X	
0942	Aides pour les soins des dents				
094203	Brosses à dents non électriques	X		X	
094206	Brosses à dents électriques	X		X	
0945	Aides pour les soins du visage et de la peau				
094503	Blaireaux, rasoirs et rasoirs électriques	X		X	
094509	Miroirs	X	X		
12	Aides pour la mobilité personnelle				
1203	Aides de marche manipulées par un bras				
120303	Cannes de marche comprenant les cannes blanches	X	X	X	X
120306	Cannes avec appui d'avant-bras		X		X
120309	Cannes avec support d'avant-bras		X		X
120312	Béquilles avec appui axillaire		X		X
120316	Cannes à trois ou plusieurs pieds, une poignée et/ou un appui d'avant-bras		X		X

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)				
120603	Cadres de marche - Aides de marche sans roues et sans autre support que les poignées		X		X
120606	Cadres de marche - Aides de marche avec roues qu'il faut pousser avec les mains		X		X
120609	Déambulateurs avec assise		X		X
120612	Tables de marche servant de déambulateurs		X		X
1212	Adaptations pour voitures automobiles				
121204	Adaptations pour la conduite de voitures automobiles comprenant les adaptations sur l'accélérateur, les freins, l'embrayage et les vitesses	X		X	
121205	Adaptations de voitures automobiles pour les freins de stationnement	X		X	
121207	Adaptations de voitures automobiles pour la direction comprenant les boules de volant, le servosystème de direction, et l'adaptation/extension de la colonne de direction	X		X	
121208	Adaptations pour actionner des fonctions secondaires comprenant les rétroviseurs réglables, verrouillages centraux, essuie-glace, témoins, feux (phares)	X		X	
121209	Ceintures de sécurité de voiture et hamais	X		X	
121212	Sièges de voitures et coussins conçus spécialement	X		X	
121215	Lève-personnes pour voiture (non prévus pour le fauteuil roulant)	X	X	X	X
121218	Hayons élévateurs pour soulever à la fois une personne et une personne assise dans son fauteuil roulant à l'intérieur du véhicule	X	X	X	X
121221	Aides pour le chargement des fauteuils roulants sur ou à l'intérieur d'une voiture	X	X	X	X
121224	Équipements d'arrimage d'un fauteuil roulant dans une voiture	X		X	X
121227	Adaptations de la carrosserie de la voiture y compris les toits surélevés, les fenêtres agrandies	X		X	
1215	Cyclomoteurs				
121506	Cyclomoteurs à trois roues		X		X
1218	Cycles				
121803	Bicyclettes		X		X
121806	Tricycles propulsés à l'aide des pieds		X		X
121809	Tricycles propulsés par les bras		X		X
121812	Trottinettes propulsées en poussant avec le pied		X		X
121815	Tandems et cycles à quatre roues comprenant les cycles prévus pour deux personnes (voiturettes à pédales)		X		X

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
121821	Adaptations pour cycles comprenant les stabilisateurs, les selles spéciales, les pose-pieds, les pédales		X		X
1221	Fauteuils roulants				
122103	Fauteuils roulants manuels manoeuvrés par un accompagnateur		X		X
122106	Fauteuils roulants manuels à grandes roues arrière, manoeuvrés par les deux bras		X		X
122109	Fauteuils roulants manuels à grandes roues avant, manoeuvrés par les deux bras		X		X
122112	Fauteuils roulants manuels à conduite bimanuelle par levier		X		X
122115	Fauteuils roulants manuels à conduite monolatérale non assistée		X		X
122118	Fauteuils roulants propulsés avec le pied		X		X
122121	Fauteuils roulants à moteur commandés par un accompagnateur		X		
122124	Fauteuils roulants à entraînement par moteur électrique avec commande directionnelle manuelle		X		X
122127	Fauteuils roulants à entraînement par moteur électrique avec commande directionnelle assistée		X		X
122133	Systèmes pour fauteuils roulants		X		X
1224	Accessoires de fauteuils roulants				
122403	Systèmes de direction et de commande		X		X
122406	Sièges et/ou dossiers	X	X	X	X
122409	Ensembles de propulsion - Ces ensembles peuvent inclure les systèmes de direction, de commande ou de freinage		X		X
122412	Lumières		X		X
122415	Plateaux		X		X
122418	Freins		X		X
122421	Pneumatiques et roues		X		X
122424	Batteries et chargeurs de batteries		X		X
122490	Accoudoirs de fauteuils roulants		X		X
1227	Véhicules				
122703	Poussettes	X	X	X	X
122715	"Crawlers" et planches à roulettes pour se déplacer		X		X
122718	Brancards avec roues		X		
1230	Aides pour le transfert				
123003	Planches de transfert et tapis glissants	X	X		
123006	Disques de transfert	X	X		
123009	Potences de suspension sur pied		X		
123012	Echelles de corde	X	X		
1233	Aides pour tourner				
123303	Coussins pour rehausser et tourner	X	X		
123306	Couvertures tournantes et tapis tournants		X		

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
1236	Aides pour lever				
123603	Lève- personnes sur roues avec sièges à sangles (transferts en position assise, semi -assise, allongée)		X		
123606	Lève- personnes sur roues avec siège rigide (position assise)		X		
123609	Chariots élévateurs		X		
123615	Lève- personnes fixés à, montés dans ou sur un autre produit		X		
123618	Lève- personnes fixes simplement posés		X		
123621	Eléments de soutien pour lève- personnes	X	X		
123624	Chaises à porteur, harnais et paniers		X		
1239	Aides pour s'orienter				
123903	Cannes tactiles (blanches)	X		X	
123906	Aides électroniques pour s'orienter	X	X	X	X
123912	Compas	X		X	
15	Aides pour les activités domestiques				
1503	Aides pour préparer la nourriture et les boissons				
150303	Aides pour peser et mesurer	X			
150306	Aides pour couper, hacher et séparer	X			
150309	Aides pour nettoyer et éplucher	X			
150312	Aides pour faire la pâtisserie	X			
150315	Appareils électroménagers pour préparer les aliments	X			
150318	Aides pour cuire et frire	X			
1509	Aides pour manger et boire				
150903	Aides pour servir les aliments et les boissons	X			
150906	Distributeurs de sucre	X			
150909	Bouchons et entonnoirs	X			
150912	Couverts	X		X	
150915	Chopes et verres, tasses et soucoupes et pipettes	X		X	
150918	Assiettes	X		X	
150921	Bagues d'assiettes et assiettes à butée	X		X	
150924	Coquetiers	X			
150927	Appareils pour manger	X	X		
1512	Aides pour nettoyer la maison				
151203	Pelles à poussière, balais et ustensiles	X			
151206	Brosses, éponges, peaux de chamois, chiffons à poussières et serpillières	X			
151215	Lave-sol	X			
151218	Support à roulettes pour le seau	X			
151227	Aides pour l'élimination des ordures et des déchets	X			
1515	Aides pour la confection et l'entretien du linge				
151512	Aiguilles à tricoter, crochets, aiguilles pour coudre et repriser	X			
151515	Enfile-aiguilles	X			
151521	Ciseaux	X			

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
151524	Machines à repasser et fers à repasser	X			
151527	Planches et tables à repasser	X			
151530	Corbeilles à linge sur roulettes	X			
151539	Pinces à linge	X			
18	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles				
1803	Tables				
180306	Tables de lecture, bureaux et présentoirs de livres		X		
180312	Tables pour les repas		X		
180315	Tables de lits		X		
1806	Equipements d'éclairage				
180606	Lampes de lecture et de travail	X			
1809	Mobilier d'assise				
180903	Sièges y compris les sièges de travail et sièges de bureau	X	X		
180906	Tabourets et sièges assis-debout	X	X		
180909	Sièges pour ankylosés de hanches	X	X		
180912	Chaises et sièges avec un mécanisme pour aider à se lever et à s'asseoir comprenant les fauteuils et sièges "catapult"	X	X		
180921	Sièges spéciaux	X			
180927	Repose-jambes, tabourets, repose-pieds comprenant les repose- moignon(s)	X	X		
180930	Sièges, coussins et blocs d'abduction comprenant les sièges moulés sur mesure	X	X		
180933	Dossiers, coussins pour le dos et coussinets pour le dos	X	X		
180936	Accoudoirs pour fauteuil	X			
180939	Systèmes modulaires d'assise		X		
1812	Lits				
181204	Lits et sommiers amovibles non réglables		X		
181207	Lits et sommiers amovibles avec réglage manuel		X		
181210	Lits et sommiers détachables avec réglage motorisé		X		
181212	Soulève-lits, châssis réglable en hauteur pour lits		X		
181215	Literie	X			
181218	Matelas	X			
181221	Supports de couvertures (arceaux)		X		
181224	Dossiers séparés réglables et supports de jambes amovibles		X		
181227	Barrières de lit et potences de suspension à fixer au lit		X		
181230	Aides pour raccourcir le lit		X		
181233	Aides pour agrandir le lit		X		
1830	Dispositifs de changement de niveau				
183015	Rampes portables		X		X
183018	Rampes fixes	X	X	X	X

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
21	Aides pour la communication, l'information et la signalisation				
2103	Aides optiques				
210303	Verres de lunettes	X		X	
210306	Montures de lunettes	X		X	
210309	Lentilles de contact	X		X	
210312	Loupes avec éclairage incorporé	X	X	X	X
210315	Loupes sans éclairage	X	X	X	X
210318	Jumelles et télescopes	X	X	X	X
210321	Lunettes montées avec lentilles monoculaires ou binoculaires télescopiques pour voir de loin à la distance ordinaire de lecture	X		X	
210324	Lunettes montées avec lentilles monoculaires ou binoculaires télescopiques pour voir de près, par exemple la lecture de près	X		X	
210327	Agrandisseurs de champ de vision	X	X	X	X
210330	Lentilles et systèmes de lentilles pour fort agrandissement	X	X	X	X
210333	Lunettes prismatiques	X		X	
210336	Filtres de lumière	X		X	
2106	Aides électro-optiques				
210603	Systèmes vidéo agrandissant l'image		X		X
210606	Machines à lire		X		X
210609	Logiciel grossissant		X		X
2109	Dispositifs d'entrée et de sortie et accessoires pour ordinateurs, machines à écrire et calculatrices				
210904	Modifications d'interface d'entrée comprenant contacteurs à un doigt, adaptations pour braille et les matériels informatiques et les logiciels		X		X
210905	Accessoires d'entrée comprenant multiports, câbles et tableau		X		X
210906	Claviers et systèmes de commande comprenant les claviers agrandis ou miniaturisés et les émulateurs de clavier		X		X
210907	Dispositifs alternatifs d'entrée comprenant les scanners optiques, les périphéries de reconnaissance des textes en paroles, les tableaux à touches sensibles, les écrans tactiles et les "datagloves"		X		X
210908	Dispositifs électroniques pour prendre des notes pour les utilisateurs de braille. Dispositifs sans fonction d'écran		X		X
210909	Imprimantes et traceurs		X		X
210912	Ecrans comprenant les écrans tactiles et les écrans avec possibilité de copie sur disques durs		X		X
210915	Dispositifs pour synthèses de parole		X		X

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
210924	Supports d'avant-bras, pour machines à écrire ou ordinateurs	X	X	X	X
2115	Machines à écrire et de traitement de textes				
211512	Machines à écrire manuelles pour le braille		X		X
211515	Machines à écrire électriques pour le braille		X		X
2124	Aides pour dessiner et écrire				
212406	Tableaux pour écrire, pour tracer et planches à dessin		X		X
212409	Guides pour signer et tampons-signatures	X		X	
212412	Guide-main pour écrire	X		X	
2127	Aides de lecture non optiques				
212703	Toumes- pages		X		X
212706	Chevalets de lecture et porte-livres		X		X
2130	Magnétophones et récepteurs radio				
213012	Générateurs de son à index		X		X
213021	Aides à l'enregistrement du son		X		X
2136	Téléphones et aides pour téléphoner				
213606	Téléphones mobiles et téléphones de voiture		X		X
213609	Téléphones avec entrée et/ou sortie de texte		X		X
213610	Téléphones visuels et vidéophones		X		X
213612	Téléphones à amplificateurs de sons et accessoires		X		X
213613	Machines de télex et télécopie		X		X
213615	Enregistreurs d'appels, de numéros et répondeurs		X		X
213618	Aides pour composer les numéros		X		X
213621	Amplificateurs pour combinés téléphoniques		X		X
213624	Dispositifs de raccords pour les aides pour téléphoner		X		X
213627	Dispositifs d'induction		X		X
213630	Supports d'écouteurs téléphoniques		X		X
213636	Logiciels de télécommunication		X		X
2139	Systèmes de transmission de son				
213903	Ecouteurs		X		X
213906	Haut-parleurs		X		X
213909	Microphones		X		X
213912	Dispositifs de raccords aux postes de radio et de télévision		X		X
213924	Systèmes de transmission de fréquence de radio	X	X	X	X
2142	Aides pour la communication face-à-face				
214203	Jeux de lettres et/ou de symboles comprenant logiciels	X	X	X	X
214206	Tableaux de lettres et/ou symboles comprenant logiciels	X	X	X	X
214209	Appareils de communication portables comprenant les écrans digitaux, les sorties pour imprimantes ou synthèse vocale		X		X
214210	Dispositifs non-portables pour communication face-à-face		X		X
214212	Générateurs de voix	X		X	
214215	Amplificateurs de voix pour usage personnel	X		X	

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
214224	Logiciels pour la communication face-à-face		X		X
2145	Aides auditives				
214503	Appareils intra-auriculaires comprenant les aides de canaux de contours d'oreilles	X		X	
214506	Contours d'oreilles comprenant aides auditives avec bandeau de tête	X		X	
214509	Lunettes avec appareils auditifs incorporés	X		X	
214512	Appareils auditifs portés sur le corps	X		X	
214515	Aides auditives tactiles comprenant les aides auditives transformant le son en vibration	X		X	
214518	Aides auditives avec implants	X		X	
2148	Aides de signalisation et d'indication				
214824	Calendrier électronique et systèmes de mémoire		X		X
2151	Systèmes d'alarmes				
215103	Systèmes personnels d'alarme de sortie		X		
215106	Systèmes d'alerte de crise d'épilepsie		X		
215115	Systèmes de monitoring		X		
24	Aides pour manipuler les produits et les biens				
2407	Matériels et outils de marquage	X			
2406	Aides pour manipuler les récipients				
240603	Aides pour ouvrir les bouteilles, les boîtes de conserve, les récipients	X		X	
240606	Clefs pour presser les tubes	X		X	
2409	Manettes et dispositifs de commande				
240903	Boutons-poussoirs	X	X	X	X
240906	Poignées et boutons fixes	X	X	X	X
240909	Poignées et boutons tournants	X	X	X	X
240912	Pédales (non électriques)	X	X	X	X
240915	Volants et manivelles	X	X	X	X
240918	Interrupteurs comprenant sélecteurs et manettes de commande	X	X	X	X
240924	Tableaux-commutateurs	X	X	X	X
2418	Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction de bras, de la main et/ou des doigts				
241803	Aides pour la préhension	X	X	X	X
241806	Adaptateurs de préhension et fixations	X	X	X	X
241809	Porte-objets (portés sur le corps)	X		X	
241812	Supports	X	X	X	X
241815	Tiges de commande comprenant celles manoeuvrées par la tête, le menton et la bouche	X		X	
241818	Lampes directionnelles	X	X	X	X
2421	Aides pour saisir à distance				
242103	Pincés de préhension manuelles	X	X	X	X
242106	Pincés de préhension électriques	X	X	X	X
242109	Prolongateurs sans fonction de préhension	X	X	X	X

Code ISO	Nature	Acquisition Domicile	Location Domicile	Acquisition Etablissement	Location Etablissement
2427	Aides pour fixer				
242703	Ventouses à deux faces	X	X	X	X
242706	Sets antidérapants	X	X	X	X
242709	Serre-joints à vis	X	X	X	X
242712	Pinces et pinces à ressorts	X	X	X	X
242715	Etaux	X	X	X	X
242718	Aimants, bandes aimantées et pinces à aimants	X	X	X	X
242721	Matériels d'attaches pour outils comprenant les mandrins	X	X	X	X
2436	Aides pour porter et transporter (à roulettes)				
243603	Aides pour porter comprenant les plateaux, les crochets		X		
243606	Jeux de roulettes	X			