



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,  
DE L'AUTONOMIE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## 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.

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse du bénéficiaire : .....

Code postal et ville : ..... Mail : .....

Tel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**Identification de l'assuré, s'il n'est pas le bénéficiaire du VPH :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse de l'assuré : .....

Code postal et ville : ..... Mail : .....

Tel : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

**I. 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, FMPR, BASE, POU\_S

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

VPH manuel modulaire	VPH électrique modulaire	<input type="checkbox"/> Cycle modulaire	<input type="checkbox"/> Scooter	<input type="checkbox"/> Poussette modulaire multiréglable évolutive
<input type="checkbox"/> FRM - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser  <input type="checkbox"/> FRMC - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle configurables  <input type="checkbox"/> FRMA - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle actifs	<input type="checkbox"/> FRE- Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique  <input type="checkbox"/> FRE classe A  <input type="checkbox"/> FRE classe B  <input type="checkbox"/> FRE classe C  <input type="checkbox"/> FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe A		<input type="checkbox"/> SCO classe A+  <input type="checkbox"/> SCO classe B  <input type="checkbox"/> SCO classe C	

<input type="checkbox"/> <b>FRMS - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle sport</b>	<input type="checkbox"/> <b>FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe B</b>			
<input type="checkbox"/> <b>FRMP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser multi-position</b>	<input type="checkbox"/> <b>FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe C</b>			
<input type="checkbox"/> <b>FRMV - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle de verticalisation</b>	<input type="checkbox"/> <b>FREV - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique de verticalisation</b>			

**Caractéristiques du fauteuil du VPH :**

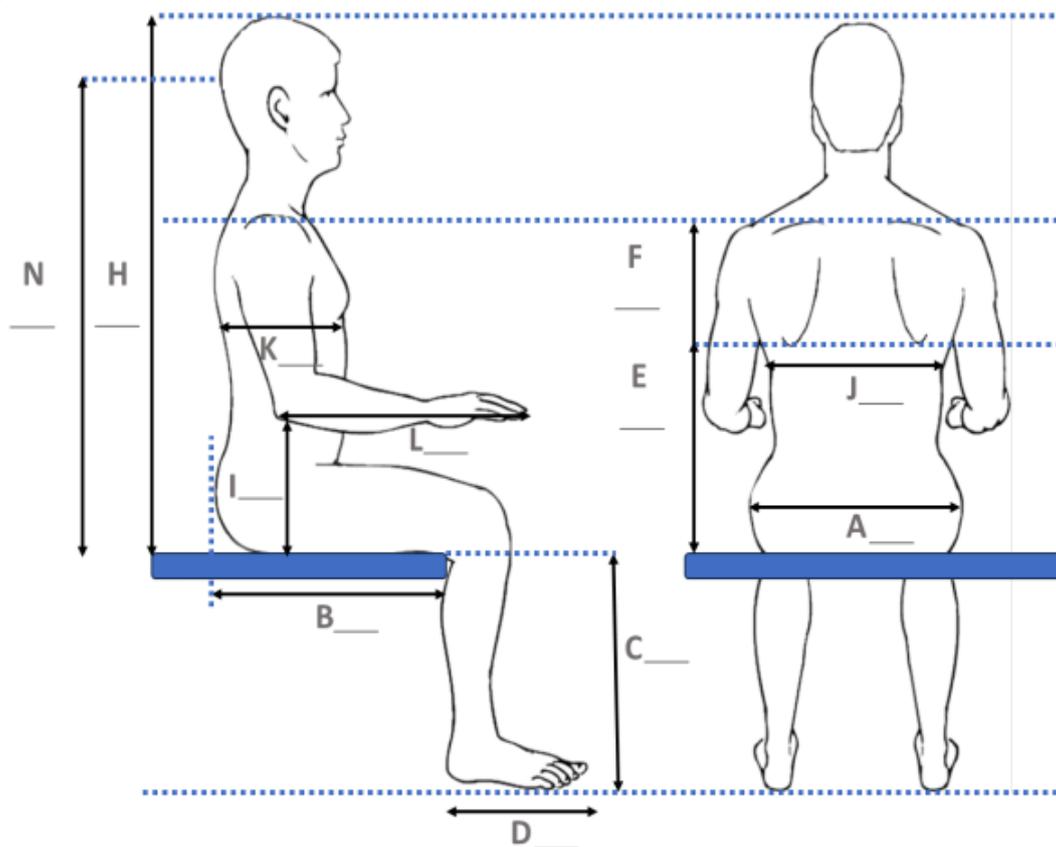
<b>Mode de propulsion</b> (Par exemple : podale avec direction manuelle, double main courante en cas de propulsion manuelle bilatérale..)	
<b>Châssis</b> (pliant, fixe...)	
<b>Dossier</b> (Inclinable, rigide, souple, réglable...)	
<b>Repose-pied</b> (escamotable, fixe, potence centrale...)	
<b>Accoudoir</b> (escamotable, réglable...)	
<b>Siège</b> (rigide, souple, inclinable...)	
<b>Roues</b> (diamètre, bandage, pneumatique, flasque de protection..)	
<b>Système de conduite</b> (type, protection de main...)	

## 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	



II. Adjonctions non incluses dans les spécifications techniques du VPH et pouvant être facturées en sus via les lignes génériques dédiées.

▶ Produits d'aide à la posture (PAP)

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

**Détail des options ou adjonctions nécessaires :**

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

**III. 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), (nom et qualité) \_\_\_\_\_, 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 :** \_\_\_\_\_

Pour les catégories suivantes : **FRM**

### Attestation du prescripteur :

Je soussigné(e), (nom et qualité) \_\_\_\_\_, 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 :** \_\_\_\_\_