

PRESCRIPTION DE PROTHÈSES ET D'ORTHÈSES

Établissement :			
NATURE DE LA PRESCRIPTION			
<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Appareil orthopédique	<input type="checkbox"/> Aide à la locomotion	
<input type="checkbox"/> Orthèse*	<input type="checkbox"/> Autre appareil	<input type="checkbox"/> Aide à la posture	
<input type="checkbox"/> Autre			
DIAGNOSTIC ET INCAPACITÉ DE L'USAGER			
Diagnostic :			
Incapacité :			
INFORMATIONS REQUISES LORS DE LA PRESCRIPTION D'UNE ORTHÈSE*			
Nécessité du port quotidien <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , pour une période médicalement requise de _____ mois <input type="checkbox"/> À vie			
Pour l'utilisateur de moins de 19 ans, préciser quelle déformation l'orthèse doit corriger lorsqu'elle est requisse pour une durée inférieure à celle prévue au règlement, c'est-à-dire : 6 mois pour une orthèse du membre inférieur, 3 mois pour une orthèse du tronc, 1 mois pour une orthèse du membre supérieur.			
Préciser la durée totale du port quotidien pour l'ensemble des orthèses lorsque la réadaptation nécessitera le port quotidien de plus d'une orthèse de façon successive : ▶ _____ mois			
PRESCRIPTION			
Signature du médecin prescripteur	Nom du médecin (en lettres moulées)	Numéro	Date Année Mois jour