

N° AWIPH : .....

Réservé à l'Administration

**BILAN MEDICAL DESTINE A L'A.W.I.P.H. POUR LES  
DEMANDES D'INTEGRATION PROFESSIONNELLE ET D'AIDE  
MATERIELLE**

*A transmettre, sous pli fermé et confidentiel, au médecin du Bureau régional de l'Agence.*

Le soussigné.....  
Docteur en médecine,

N° d'agrération INAMI : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone – GSM : .....

Adresse e-mail : .....

Veillez préciser, si vous le jugez utile, les jours et heures auxquels vous pouvez être joint :  
.....

déclare avoir examiné à sa demande :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....  
.....

1. ***Demande(s) souhaitée(s) par la personne :***

a. En emploi – formation :

- Oui → laquelle : .....
- Non

b. En aide matérielle :

- Oui → laquelle : .....
- Non

2. ***Diagnostic :*** veuillez décrire précisément les différents déficits dont est atteinte la personne examinée. Quelle est l'évolution attendue à court, à moyen et à long terme ?

Quelle est l'origine de la déficience (congénitale, accidentelle...)?

De quand date la découverte de la pathologie ?

**PRIERE DE JOINDRE EN ANNEXE LES COPIES DES PROTOCOLES SPECIALISES LES PLUS RECENTS RELATIFS AUX AFFECTIONS DECRITES (RAPPORTS DE SPECIALISTES, PROTOCOLES ECRITS D'IMAGERIE MEDICALE, EPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES, AUDIOMETRIE...). CETTE FACON DE PROCEDER PERMETTRA D'EVITER DES RETARDS VOIRE UNE EVENTUELLE DECISION DE REFUS).**

3. ***Veuillez apprécier les différents points ci-dessous et préciser ceux qui posent problème :***

a. *Taille :*

*Poids :*

b. *Système musculo-squelettique :*

- Membres supérieurs :
  - Gauche :
  - Droit :

- Membres inférieurs :
  - Gauche :
  - Droit :
  
- Colonne :
  
- La personne est-elle capable d'effectuer à pieds un déplacement d'au moins 300 mètres ?
  - Oui.
  - Non. Motif de la limitation du périmètre de marche :
  
- La personne se déplace-t-elle en fauteuil roulant ?
  - Oui :
    - a. de manière permanente
    - b. de manière occasionnelle
    - c. dans certaines circonstances : lesquelles ?

Y a-t-il accord du médecin conseil de la mutuelle pour l'obtention de cette voiturette ? Si oui, veuillez joindre une copie de cet accord.

  - Non
  
- A-t-elle besoin d'une aide pour marcher ?
  - Oui. Laquelle ou lesquelles :
  
  - Non

c. *Affections neurologiques :*

d. *Affections cardio-vasculaires* :

e. *Affections respiratoires* :

f. *Affections endocriniennes* :

g. *Affections cutanées* :

○ La personne présente-t-elle des escarres ?

➤ Oui

➤ Non :

a. A-t-elle déjà présenté des escarres ?

○ Oui

○ Non

b. Est-elle alitée en permanence (pour une durée quotidienne d'au moins 22h/24) ?

○ Oui

○ Non

- A-t-elle d'autres affections cutanées ?
  - Oui. Lesquelles :

- Non.

h. *Système génito-urinaire :*

- Incontinence urinaire et/ou fécale ?
  - Oui :
    - a. Origine : .....
    - b. Exclusivement nocturne ? Oui – Non
    - c. Nocturne et diurne ? Oui – Non
    - d. Usage de sondes ? Oui – Non
    - e. Incontinence des selles ? Oui – Non
    - f. Incontinence définitive ? Oui – Non
    - g. Incontinence accidentelle ?
      - Oui (fréquence approximative : .....
      - Non
  - Non

i. *Affections digestives :*

j. *Vue :*

**Veillez joindre un rapport établi par un médecin ophtalmologue établissant notamment le champ visuel et l'acuité visuelle, après correction, pour chaque œil.**

k. *Ouïe, langage :*

**Veillez joindre un rapport établi par un médecin ORL avec audiométrie.**

l. *Affections psychiatriques et/ou mentales :*

**Veillez joindre un rapport établi par un psychiatre ou un psychologue, précisant les troubles rencontrés par la personne, y compris le testing du quotient intellectuel.**

#### 4. Profil d'aptitudes

a. Existe-t-il des contre-indications médicales vis-à-vis d'un emploi ou d'une formation ?

○ Oui. Lesquelles et pourquoi ?

○ Non

Pourriez-vous compléter le tableau suivant ? Il vous suffit d'indiquer, en regard de chacune des rubriques, une croix dans la colonne :

- si l'activité en question est absolument impossible
- si l'activité en question pose problème mais peut être réalisée occasionnellement
- si l'activité en question ne pose aucun problème

Après les tableaux, vous trouverez un espace destiné à recevoir vos précisions ou commentaires. Si certains items ne sont pas pertinents compte tenu de la demande de la personne, laissez la ligne en blanc.

		0	±	+
A1	Rester assis			
A2	Rester debout			
A3	Rester à genoux			
A4	Rester courbé			
A5	Changer de position			
A7	Travailler mains au-dessus des épaules			

		0	±	+
B1	Marcher			
B2	Monter/grimper			
B3	Conduire des véhicules			
B4	Utilisation d'engins dangereux			
B5	Travailler en hauteur			
B6	Soulever/transporter des charges			
B7	Avoir un bon équilibre			

		0	±	+
C1	Utiliser les bras/les épaules			
C2	Utiliser les jambes/les hanches			
C3	Bouger le torse/le tronc			
C4	Bouger les mains/les doigts			
C5	Coordonner les membres supérieurs			
C6	Coordonner les membres inférieurs			

		0	±	+
D1	Voir			
D2	Entendre			
D3	Parler			

		0	±	+
E1	Comprendre des instructions			
E2	Etre attentif, concentré			
E3	Mémoriser, retenir			
E4	Ecrire (acte graphique)			

		Oui	Non
F1	Risque de pertes de conscience		

5. *Vos commentaires, précisions, suggestions éventuelles :*



6. Des **traitements** sont-ils en cours ? Si oui, lesquels ?

7. Un **pourcentage d'incapacité** peut-il être proposé sur base du Barème Officiel Belge des Incapacités (BOBI) ?

Si oui : ..... % sur base de l'article .....

Y a-t-il une reconnaissance par un organisme ?

- Oui : le(s)quel(s) :
    - SPF Sécurité sociale
    - Assurances
    - Mutuelle (Invalidité)
    - FMP
    - Médecin de l'ONEM
- Joindre la ou les attestation(s)

Non

8. La **durée de l'incapacité** est-elle estimée à :

- Plus d'un an ?
- Moins d'un an ?

Date :

Signature et cachet du médecin :