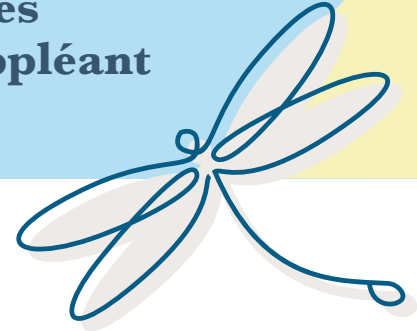


Aide-mémoire pour la prescription des orthèses couvertes par le programme des appareils suppléant à une déficience physique (ASDP)



RÔLES POSSIBLES D'UNE ORTHÈSE :

- **Supporter** ou **immobiliser** un membre ou le tronc
- **Prévenir** ou **corriger** une déformation
- **Assister** le mouvement et la fonction

INFORMATION À SAVOIR EN LIEN AVEC LE RÈGLEMENT SUR LES APPAREILS SUPPLÉANT À UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE ET ASSURÉS EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (ASDP) :

- Les orthèses couvertes sont les orthèses du membre inférieur, les orthèses du membre supérieur et les orthèses du tronc (voir la liste au [Tarif](#)).
- **L'orthèse doit être nécessaire quotidiennement** pour compenser l'incapacité fonctionnelle.
- La durée minimale du port quotidien chez l'adulte pour qu'une orthèse soit assurée :
 - ▶ **Orthèse du membre supérieur**: 1 mois.
 - ▶ **Orthèse du tronc**: 3 mois.
 - ▶ **Orthèse du membre inférieur**: 6 mois.
 - ▶ Aucune durée minimale chez les enfants.
- En combinaison avec le port d'une orthèse du membre inférieur, une aide à la marche doit être nécessaire quotidiennement pour une durée d'au moins 12 mois pour être assurée.

RÔLES DU PRESCRIPTEUR :

- Établir et confirmer les déficiences physiques et les incapacités.
- Établir la nécessité de l'aide.
- Connaître les critères reconnus par la RAMQ.
- Favoriser l'implication des autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire lorsque cela est possible (ex.: ergothérapeute, physiothérapeute, technologue professionnel en orthèses, prothèses et soins orthopédiques, etc.).
- Diriger le patient vers une ressource appropriée ou demander un avis spécialisé, au besoin (ex.: cliniques spécialisées d'orthèses, [conseil numérique](#), etc.).

ORDONNANCE :

En plus des normes relatives à l'ordonnance individuelle énumérées dans le [règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#) (art. 4), celle-ci doit mentionner

- le diagnostic et la déficience physique;
- l'incapacité fonctionnelle qui en découle;
- le type d'orthèse requis;
- la durée recommandée de l'utilisation quotidienne de l'orthèse.

Exemple d'une ordonnance complète:

R_x	Nom de la clinique médicale / Nom de l'établissement	
	Coordonnées	
	Patient:	M. ou Mme _____
	DDN:	XX / XX / XXXX
	Adresse:	_____

		Date: XX / XX / XXXX
<hr/>		
	Dx: AVC sylvien D avec hémiparésie G et difficulté à la marche	_____
	Orthèse tibio-pédieuse G	_____
	Port quotidien pour plus de 6 mois	_____
	Nom du médecin:	N° de permis d'exercice:
	_____	_____
	Signature:	Téléphone:
	_____	_____

Diagnostic et déficience

Incapacité fonctionnelle

Description de l'orthèse

Durée recommandée de l'utilisation quotidienne

Vous pouvez également utiliser le canevas fourni par la RAMQ ([form. 3497](#)).

