

ANNEXE B : Modèle du formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins :

Formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins (§ 4680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour la spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques)

(Ce formulaire est à conserver par le médecin responsable du traitement et à tenir à la disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :

--	--	--	--

II – Eléments relatifs à la situation clinique du patient :

Le patient mentionné ci-dessus :

Est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, dont le diagnostic a été établi cliniquement suivant les critères DSM-IV.

2. A obtenu les résultats suivants aux tests cognitifs :

MMSE ou Mini Mental State Examination : score de /30 (au moins 12) le / / (Date);

Si MMSE supérieur à 24, confirmation du diagnostic par:

une évaluation neuropsychologique appropriée, validée et standardisée, réalisée par des professionnels compétents dans le domaine de la neuropsychologie.

3. Est indemne d'autre pathologie comme cause de la démence, ce qui a été confirmé le / / (Date), par l'examen suivant :

Tomographie computerisée;

Résonance magnétique.

III – Eléments relatifs à la prise en charge intégrée du patient :

Le patient mentionné ci-dessus :

A fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle

	Évaluation (initiale)	Réévaluation (après 6 mois de remboursement)	Réévaluation (après prolongation du remboursement)	Réévaluation (après prolongation du remboursement)
Dates	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Score MMSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL basal avec échelle de Katz	<input type="checkbox"/>			
ADL instrumental avec échelle de Lawton	<input type="checkbox"/>			
Echelle de Détérioration Globale	<input type="checkbox"/>			
Echelle de perturbation compartement (NPI-Q)	<input type="checkbox"/>			
Evaluation clinique globale de type CGI-C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. A fait l'objet d'une proposition multidisciplinaire de soins et de support de l'entourage:

Maintien du patient à domicile :

1°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : Date : / /

.....

.....

2°) Proposition de support de l'entourage : Date : / /

.....

.....

Placement institution de soins : Date : / /

- 1°) Type d'institution:
- 2°) Nom et adresse de l'institution:
- 3°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins:
- 4°) Proposition de support de l'entourage:

IV - Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse) :

..... (nom)
 (prénom)
 (adresse)

V – Identification et signature du médecin spécialiste visé au point a) 1. du § 4680000 du chapitre IV de l’A.R. du 21-12-2001) (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

- Je soussigné, médecin spécialiste
- psychiatre,
 - neuropsychiatre,
 - interniste gériatre,
 - gériatre,
 - neurologue,

confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

Je confirme également avoir transmis une copie du présent formulaire au généraliste traitant dont l'identité figure au point V.

..... (nom)

..... (prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

