

DEMANDE / PROLONGATION STATUT PATHOLOGIE LOURDE

(Toutes les rubriques doivent être complétées)

Cochez la case adéquate

PREMIERE DEMANDE

- **justification d'un besoin intensif et de longue durée de kinésithérapie/physiothérapie** (conformément à l'article 7, § 3, alinéa 6, 2° et alinéa 7, 2°, de l'A.R. du 23 mars 1982) :

et

- **confirmation du diagnostic de la pathologie lourde (figurant sur la liste E) par un médecin spécialiste** (conformément à l'article 7, § 3, alinéa 6, 1° et alinéa 7, 1° de l'A.R. du 23 mars 1982) **avec rapport joint à la demande** :
 - o il s'agit d'un médecin spécialiste au sens de l'article 10, §1, de la nomenclature des prestations de santé
 - o en cas de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire (article 7, § 3, alinéa 2, 3°, h), de l'A.R. du 23 mars 1982), il doit s'agir du médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine interne ou en pédiatrie

PROLONGATION

- **justification d'un besoin intensif et de longue durée de kinésithérapie/physiothérapie** (conformément à l'article 7, § 3, alinéas 6, 2° et 7, 2°, de l'A.R. du 23 mars 1982) :
 - o pour le lymphœdème (article 7, § 3, alinéa 2, 3°, k), de l'A.R. du 23 mars 1982) : démontrer que la réduction clinique de l'œdème reste maintenue uniquement par des prestations kinésithérapeutiques ou physiothérapeutiques (un nouvel examen lymphoscintigraphique n'est pas exigé)
- **renouvellement de la confirmation du diagnostic par le médecin spécialiste non exigé**

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE (À remplir par le bénéficiaire ou coller une vignette mutuelle)

Nom et prénom du bénéficiaire :

Date de naissance :

Organisme assureur :

Adresse :

N° de Registre national :

DIAGNOSTIC MÉDICAL (À compléter par le médecin traitant)

Nom et prénom du bénéficiaire :

Diagnostic et justification médicale du besoin accru, intensif et de longue durée de kinésithérapie ou de physiothérapie :

ICD-10 (codes) :

ICPC-2 (codes) :

Date du début de l'affection :

COORDINATION / ÉQUILIBRE :	<input type="checkbox"/> 0 – Pas de déficience	<input type="checkbox"/> 1 – Déficience légère
	<input type="checkbox"/> 2 – Déficience modérée	<input type="checkbox"/> 3 – Déficience sévère
		<input type="checkbox"/> 4 – Déficience totale
AFFECTIONS RESPIRATOIRES :		
LYMPHŒDÈME :		
INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE (GMFCS score) :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
AUTRES (par ex. brûlures ...) :		
TROUBLES ASSOCIÉS (par ex. spasticité...) :		

B)	Limitations d'activités & Restrictions de participation
	<p>L'activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités. La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.</p>
Description :	
<i>Joindre échelle standardisée en cas d'utilisation</i>	
AUTONOMIE :	<input type="checkbox"/> 0 – Pas de déficience <input type="checkbox"/> 1 – Déficience légère
	<input type="checkbox"/> 2 – Déficience modérée <input type="checkbox"/> 3 – Déficience sévère <input type="checkbox"/> 4 – Déficience totale
AUTRES :	

C)	Facteurs externes et personnels
	Environnement physique et social pouvant agir comme <i>facteur favorable ou aggravant</i> . Facteurs personnels (tels que : âge, statut social, mode de vie, habitudes, formation, ...).
Description :	

D)	Résumé de la situation fonctionnelle

E)	Concerne chaque demande de prolongation Résumé du bilan fonctionnel précédent
Durée de la période d'autorisation précédente :	
Nombre de séances pendant cette période :	
Fréquence moyenne de traitement par semaine durant cette période :	
Bilan fonctionnel précédent :	

TECHNIQUES / TRAITEMENT (À compléter par le médecin traitant avec la collaboration éventuelle d'un kinésithérapeute)

Traitement(s) kinésithérapeutique / physiothérapeutique en fonction du (des) but(s) du traitement :

Nous soussignés certifions l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus

Nom et prénom du kinésithérapeute (*obligatoire uniquement si le bilan fonctionnel ou une partie du bilan a été établi par le kinésithérapeute*) : Date et signature :

N° INAMI (ou cachet) :

Nom et prénom du médecin spécialiste : Date et signature :

N° INAMI (ou cachet) :

Nom et prénom du médecin traitant : Date et signature :

N° INAMI (ou cachet) :