ANNEXE B: Modèle du formulaire multidisciplinaire de soins: Formulaire de description clinique, d'évalu chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)	uation fonctionnelle	-		
(Ce formulaire est à conserver par le médiconcerné)		du traitement et à ten	ir à la disposition du m	édecin-conseil du bénéficiaire
I - Identification du bénéficiaire (nom, p	rénom, N°d'affilia	tion à l'O.A.):		
II – Eléments relatifs à la situation cliniqu	ue du patient:			
Le patient mentionné ci-dessus :				
1. Est atteint d'une forme modéréme critères DSM-IV :	ent sévère de la m	naladie d'Alzheimer, de	ont le diagnostic a été é	établi cliniquement suivant les
- Critère A:				
Le développement de troubles cognitifs mul La Troubles de la mémoire	tiples est mis en év	vidence par les élémen	ts suivants :	
⊔ Un (ou plusieurs) troubles cognitifs suivar	nts:			
⊔ aphasie ⊔ apraxie				
⊔ agnosie				
□ troubles des fonctions exécutives- Critère B:				
☐ Les troubles cognitifs du critère A provoc	quent chacun une li	mitation significative d	u fonctionnement profess	sionnel ou social et représente
une détérioration significative par rapport au - Critère C:	u niveau antérieur d	de fonctionnement.		
 □ Le décours de la maladie est caractérisé 	par un début gradu	el et une détérioration	progressive des fonction	s cognitives.
- Critère D:	uuonaa d'un daa fa	otouro quivanto :		
Les troubles cognitifs ne sont pas la conséque Autres affections du système nerveux de affection cérébrovasculaire, maladie de Pa	entral qui entraîne	ent des troubles progre		
tumeur cérébrale); L. Affection systémique connue pour provo déficience en acide nicotinique, hypercalcér L. Trouble par toxicomanie.			hyroïdie, déficience en v	vitamine B12 ou acide folique,
- Critère E:				
□ Les troubles n'apparaissent pas uniquemCritère F:	ent pendant le déc	ours d'un délire.		
⊔ Les troubles ne sont pas imputables à d'a	autres affections du	système nerveux cen	ral telles que la dépressi	on ou la schizophrénie.
2. A obtenu les résultats suivants aux MMSE ou Mini Mental State Examination : s		férieur à 15) le பப / பட	ı / ⊔⊔⊔⊔ (Date) ;	
3. Est indemne d'autre pathologie co	omme cause de la	démence, ce qui a é	té confirmé le பப / பப	/ பபபப (Date), par l'examen
suivant : ⊔ Tomographie computérisée; ⊔ Résonance magnétique.				
III – Eléments relatifs à la prise en charge	e intégrée du patio	ent:		
Le patient mentionné ci-dessus:				
A fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle				
	Évaluation	Réévaluation	Réévaluation	Réévaluation

(après 6 mois de

remboursement)

(initiale)

Dates

Score MMSE

ADL basal avec échelle de Katz

(après prolongation du remboursement) பப / பப / பபபப

(après prolongation

du remboursement)

ADL instrumental avec échelle de Lawton Echelle de Détérioration Globale Echelle de perturbation comportement (NPI-Q) Evaluation clinique globale de type CGI-C	0 000						
A fait l'objet d'une proposition multidisciplinai	ire de soins et de sup	port de l'entourage :					
⊔ Maintien du patient à domicile :	⊔ Maintien du patient à domicile :						
1°) Proposition de structure multidisciplinaire							
2°) Proposition de support de l'entourage : D	ate : பப / பப / பபபเ	Ţ					
⊔ Placement institution de soins : Date : ⊔⊔							
1°) Type d'institution:							
3°) Proposition de structure multidisciplinaire							
4°) Proposition de support de l'entourage:							
IV – Spécialité demandée: (nom de la spécialité inscrite au § 2880000) ; V – Identification du médecin généraliste :	, compte tenu d'une բ	oosologie journalière ma					
นนบบนนบบนบบบบบบบบบบ (nom) บบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบ (prénom) บบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบ	חחחחחחחחחחחח	(adresse)					
VI – Identification du médecin spécialiste prénom, adresse, N°INAMI):	e tel que visé au po	oint a) 1. du § 2880000	du chapitre IV de l'A	A.R. du 21.12.2001) (nom,			
Je soussigné, médecin spécialiste: □ psychiatre □ neuropsychiatre □ interniste gériatre □ gériatre □ neurologue							
confirme les différents éléments mentionnés	ci-dessus.						
Je confirme également avoir transmis une co	ppie du présent formu	laire au médecin généra	aliste traitant dont l'iden	tité figure au point VI.			
	(nom)						
	(préno	om)					
	'INAMI)						

(cachet)	 (signature du médecin)