

- ☐ Résonance magnétique;

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

Le patient mentionné ci-dessus :

1. A fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle

	Évaluation (initiale)	Réévaluation (après 3 / 6 mois de remboursement)	Réévaluation (après 18 mois de remboursement)
• Dates	□□ / □□ / □□□□	□□ / □□ / □□□□	□□ / □□ / □□□□
• Score MMSE	□□	□□	□□
• ADL basal avec échelle de Katz	□	□	□
• ADL instrumental avec échelle de Lawton	□	□	□
• Echelle de Détérioration Globale	□	□	□
• Echelle de perturbation compartement (NPI)	□□□	□□□	□□□

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 :

V- Spécialité demandée :

☐

VI- Identification du médecin spécialiste tel que visé au point a) 1. du § 310 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12- 2001)

(nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

Je soussigné, médecin spécialiste reconnu en :

- ☐ psychiatrie
- ☐ neuropsychiatrie
- ☐ médecine interne gériatrie
- ☐ neurologie

confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

□□□□□□□□□□□□□□□□

(nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□

(prénom)

1-□□□□□-□□-□□□

(N° INAMI)

□□ / □□ / □□□□

(Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

VII- Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

Je soussigné, médecin généraliste traitant du patient dont l'identité figure au point I, confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

□□□□□□□□□□□□□□□□

(nom)

□□□□□□□□□□□□□□□□

(prénom)

1-□□□□□-□□-□□□

(N° INAMI)

□□ / □□ / □□□□

(Date)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)