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 (§ 310 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour des spécialités à base d'extrait standardisé de Ginkgo biloba) (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 - Numéro spécifique, unique, attribué au patient par le médecin conseil de l'organisme assureur: (à remplir par le médecin responsable du traitement, dès réception de la communication de ce numéro par le médecin-conseil) III - Eléments relatifs à la situation clinique du patient : Le patient mentionné ci-dessus : 1. 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: - Critère A : Le développement de troubles cognitifs multiples est mis en évidence par les éléments suivants : □ Troubles de la mémoire ☐ Un (ou plusieurs) troubles cognitifs suivants : □ aphasie □ apraxie □ agnosie □ troubles des fonctions exécutives - Critère B : □ Les troubles cognitifs du critère A provoquent chacun une limitation significative du fonctionnement professionnel ou social et représente une détérioration significative par rapport au niveau antérieur de fonctionnement. - Critère C : □ Le décours de la maladie est caractérisé par un début graduel et une détérioration progressive des fonctions cognitives. - Critère D : Les troubles cognitifs ne sont pas la conséquence d'un des facteurs suivants : □ Autres affections du système nerveux central qui entraînent des troubles progressifs de la mémoire et de la cognition (par exemple affection cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous dural, hydrocéphalie « à pression normale », tumeur cérébrale); □ Affection systémique connue pour provoquer de la démence (par exemple hypothyroïdie, déficience en vitamine B12 ou acide folique, déficience en acide nicotinique, hypercalcémie, infection par HIV); ☐ Trouble par toxicomanie - Critère E : ☐ Les troubles n'apparaissent pas uniquement pendant le décours d'un délire. - Critère F: □ Les troubles ne sont pas imputables à d'autres affections du système nerveux central telles que la dépression ou la schizophrénie. A obtenu les résultats suivants aux tests cognitifs :

MMSE ou Mini Mental State Examination: score de le \(\subseteq 30 \) (au moins 12) le \(\subseteq 1 \) \(\subseteq 1 \) \(\subseteq 0 \) (Date);

□ CAM-cog (cognitive section of the CAMDEX) le □□ / □□ / □□□□ (Date);

3. Est indemne d'infarctus cérébral, ce qui a été confirmé le uu / uu / uuu (Date), par l'examen suivant :

□ ADAS-cog (cognitive scale of the Alzheimer Disease Assesment Scale) le □□ / □□ / □□□□ (Date);

Si MMSE supérieur à 24, confirmation du diagnostic par :

□ Tomographie computérisée;□ Résonance magnétique;

| 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 | | 00/00/000 | 00/00/0000 | |
| • | 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 multidisciplin | naire de soins et de suppo | ort 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 : | | | | |
| | · | | | | |
| | 3°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : | | | | |
| 4°) Proposition de support de l'entourage : | | | | | |
| V- Spécialité demandée : | | | | | |
| | | | | | |
| | - Identification du médecin spécialiste te om, prénom, adresse, N°INAMI) : | el que visé au point a) 1. | du § 310 du chapitre IV de I | 'A.R. du 21-12- 2001) | |
| | soussigné, médecin spécialiste reconnu er psychiatrie neuropsychiatrie médecine interne gériatrie neurologie | : | | | |
| | nfirme les différents éléments mentionn | és ci-dessus. | | | |
| | 00000000000000000 00000000000000000 1-0000-00-000 | (nom) (prénom) (N° INAMI) (Date) | | | |
| | | | | | |
| | | (CACHET) | (SIGI | NATURE DU MEDECIN) | |
| VII- Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) : | | | | | |
| | soussigné, médecin généraliste traitant du dessus. | patient dont l'identité figu | ire au point I, confirme les dif | férents éléments mentionnés | |
| | 00000000000000000 | (nom) | | | |
| | 00000000000000000 | (prénom) | | | |
| | 1-0000-00-000 | (N° INAMI) | | | |
| | 00/00/000 | (Date) | | | |
| | | | | | |
| | | (CACHET) | (SIGN | NATURE DU MEDECIN) | |

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