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

Formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins (§ 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour la spécialité TAVONIN)

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

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)

•			ment, des reception de	ia communication ac ce num	reto par le medecim consenj		
		elatifs à la situation clinique	du patient :				
Le		nné ci-dessus :					
1.	Est atteint d	l'une forme légère à modéréme	ent sévère de la maladi	e d'Alzheimer, dont le diagnos	stic a été établi cliniquement suivant les		
	critères DSN	M-IV :					
	 Critère A 						
		Le développement de trouble	es cognitifs multiples es	t mis en évidence par les élé	ments suivants :		
		□ Troubles de la mémoire					
		□ Un (ou plusieurs) trouble					
			□ aphasie				
			□ apraxie				
			□ agnosie				
			□ troubles des	fonctions exécutives			
	- Critère B :						
				nacun une limitation significati e par rapport au niveau antéri	ve du fonctionnement professionnel ou eur de fonctionnement.		
	- Critère C :						
		 Le décours de la maladie cognitives. 	e est caractérisé par un	début graduel et une détério	ration progressive des fonctions		
	- Critère D :	3					
		cognition (par exemple a dural, hydrocéphalie « à Affection systémique con	ème nerveux central quaffection cérébrovascula pression normale », tu nue pour provoquer de	ui entraînent des troubles progaire, maladie de Parkinson, m meur cérébrale) ;	gressifs de la mémoire et de la aladie de Huntington, hématome sous pothyroïdie, déficience en vitamine on par HIV);		
	- Critère E :						
		☐ Les troubles n'apparaisse	ent pas uniquement pe	ndant le décours d'un délire.			
	- Critère F :						
			imputables a d'autres	affections du systeme nerveu	x central telles que la dépression ou la		
_	A 1.	schizophrénie.	****				
2.	A obtenu ies	s résultats suivants aux tests co - MMSE ou Mini Mental St - Si MMSE supérieur à 24,	ate Examination: score	e de le □□/30 (au moins 12)	le □□ / □□ / □□□□ (Date);		
		□ ADAS-cog (cognitive scale			□□ / □□□□ (Date):		
		☐ CAM-cog (cognitive section			(,		
3.	Est indemne	demne d'infarctus cérébral, ce qui a été confirmé le □□ / □□ / □□□□ (Date), par l'examen suivant : □ Tomographie computérisée; □ Résonance magnétique;					
V – I	Eléments rela	atifs à la prise en charge inté	égrée du patient :				
		nné ci-dessus :					
		d'une évaluation fonctionnelle	<u> </u>	- // · ·	- 44		
			Evaluation	Réévaluation	Réévaluation		

	,	Évaluation (initiale)	Réévaluation (après 3 / 6 mois de remboursement)	Réévaluation (après 18 mois de remboursement)
•	Dates		00/00/0000	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)	000	000	000

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 :
□ TAVONIN
VI- Identification du médecin spécialiste tel que visé au point a) 1. du § 252 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.
000000000000000000 (nom)
0000000000000000 (prénom)
1-0000-00-00 (N° INAMI)
(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.
0000000000000000000 (nom)
1-0000-00-000 (N° INAMI)
00 / 00 / 0000 (DATE)
(CACHET) SIGNATURE DU MEDECIN
(OACITET) SIGNATURE DO MEDECIN