

Formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins (§ 2230000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)  
(Ce formulaire est à conserver par le médecin responsable du traitement et à tenir à la disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

Three empty number lines are provided for recording data. Each number line has 11 vertical tick marks, creating 10 equal intervals. The number lines are arranged horizontally and are currently blank.

Le patient mentionné ci-dessus :

- ### III – 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 6 mois de remboursement)	Réévaluation (après prolongation du remboursement)	Réévaluation (après prolongation du remboursement)
Dates	uu/uu/uuuuu	uu/uu/uuuuu	uu/uu/uuuuu	uu/uu/uuuuu
Score MMSE	□□	□□	□□	□□
ADL basal avec échelle de Katz	□			
ADL instrumental avec échelle de Lawton	□□			
Echelle de Détérioration Globale	□			
Echelle de perturbation compartement (NPI-Q)	□□□			
Evaluation clinique globale de type CGI-C		□	□	□

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 : uu / uu / uuuuu

.....  
.....  
.....

2°) Proposition de support de l'entourage : Date : uu / uu / uuuuu

.....  
.....  
.....

☐ Placement institution de soins : Date : uu / uu / uuuuu

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: .....

**IV - Spécialité demandée:**

.....  
(nom de la spécialité inscrite au § 2230000)

**V - Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse):**

..... (nom)

..... (prénom)

..... (adresse)

**VI – Identification et signature du médecin spécialiste visé au point a) 1. du § 2230000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001) (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

Je soussigné, médecin spécialiste

☐ psychiatre,

☐ neuropsychiatre,

☐ interniste gériatre,

☐ neurologue,

confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

Je confirme également avoir transmis une copie du présent formulaire au généraliste traitant dont l'identité figure au point VI.

..... (nom)

