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 (§ 4680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour la spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques)
(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.) :

| | | |

Le patient mentionné ci-dessus :

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	⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔	⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔	⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔	⊔⊔/⊔⊔/⊔⊔⊔⊔
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 : ⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔
……
……
……
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 - Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse) :

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (nom)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (prénom)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (adresse)

VI – Identification et signature du médecin spécialiste visé au point a) 1. du § 4680000 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12-2001) (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

Je soussigné, médecin spécialiste
⊔ psychiatre,
⊔ neuropsychiatre,
⊔ interniste gériatre,
⊔ 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 V.

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)

(cachet) ..... (signature du médecin)