

En outre, je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la demande de remboursement de la prescription éventuelle de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraînera chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 10 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point h) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

III – Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (nom)

UUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUUU (prénom)

1-UUUUUUU-UUU-UUUU (N° INAMI)

UU / UU / UUUUU (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

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 (§ 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour les spécialités ARICEPT ; EXELON ; REMINYL ;)
(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.) :

XX

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)

XXXXX/XX/XX/ XXXX / XXXX

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.

2. A obtenu les résultats suivants aux tests cognitifs :

- MMSE ou Mini Mental State Examination : score de □□/30 (au moins 12) le □□ / □□ / □□□□ (Date) ;
- Si MMSE supérieur à 24, confirmation du diagnostic par :
 - une évaluation neuropsychologique appropriée, validée et standardisée, réalisée par des professionnels compétents dans le domaine de la neuropsychologie.

3. Est indemne d'autre pathologie comme cause de la démence, ce qui a été confirmé le □□ / □□ / □□□□ (Date), par l'examen suivant :

- Tomographie computerisée;
- 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

Dates	Évaluation (initiale) □□/□□/□□□□	Réévaluation (après 6 mois de remboursement) □□/□□/□□□□	Réévaluation (après prolongation du remboursement) □□/□□/□□□□	Réévaluation (après prolongation du remboursement) □□/□□/□□□□
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 - Spécialité demandée :

- ARICEPT
- EXELON
- REMINYL

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

..... (nom)
..... (prénom)
..... (adresse)

VII – Identification et signature du médecin spécialiste visé au point a) 1. du § 223 du chapitre IV de l’A.R. du 21-12- 2001)
(nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

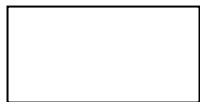
Je soussigné, médecin spécialiste

- 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)
..... (prénom)
1-..... (N° INAMI)
.. / .. / .. (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)

ANNEXE C : Modèle de formulaire de prolongation :

Formulaire de demande de PROLONGATION de remboursement d'une spécialité inscrite au § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001

I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l' O.A.) :

.....

II – Demande de PROLONGATION (après au moins 6 mois de remboursement) :

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, et que ce patient remplit actuellement toutes les conditions nécessaires pour obtenir une prolongation après au moins 6 mois de remboursement, telles qu'elles sont mentionnées au point f) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 :

- Conditions relatives à l'obtention d'un score n'étant pas inférieur à 10 au MMSE (Mini Mental State Examination)
- Conditions relatives à l'utilité de la poursuite du traitement, sur base d'une évaluation globale réalisée par le médecin spécialiste visé au point a) 1, comprenant au moins une échelle d'évaluation clinique globale de type Clinical Global Impression of Change (CGI-C)

En outre, je m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le patient concerné se trouvait dans la situation attestée.

III - Spécialité demandée et modalités relatives à l'évolution du patient:

Sur base de tous ces éléments, j'atteste que ce patient nécessite de recevoir, pendant une période de 12 mois, une prolongation de remboursement de la spécialité suivante :

(cochez ci-dessous la spécialité souhaitée, et mentionnez le dosage, le type et le nombre de conditionnements souhaités)

- ARICEPT (posologie journalière maximale de 10 mg)
Dosage souhaité : _____
Type de conditionnement souhaité : _____
Nombre de conditionnements souhaité : _____
- EXELON (posologie journalière maximale de 12 mg)
Dosage souhaité : _____
Type de conditionnement souhaité : _____
Nombre de conditionnements souhaité : _____
- REMINYL (posologie journalière maximale de 24 mg)
Dosage souhaité : _____
Type de conditionnement souhaité : _____
Nombre de conditionnements souhaité : _____

Je m'engage à arrêter, chez le patient concerné, la demande de remboursement de la spécialité qui aura été autorisée si l'intensité des troubles liés à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, mesurée par un MMSE, entraînera chez mon patient l'obtention d'un score inférieur à 10 lors de la réalisation de ce test à deux reprises à un mois d'intervalle.

Je m'engage également, lorsque mon patient aura reçu le remboursement de la spécialité demandée, à communiquer au collège de médecins, désigné par la Commission de Remboursement des Médicaments, les données codées relatives à l'évolution et au devenir du patient concerné, suivant les modalités fixées par le Ministre, comme décrites au point h) du § 223 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001.

V– Identification du médecin responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

..... (nom)
..... (prénom)
1-..... (N° INAMI)
.../.../..... (DATE)



(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)