**FORMULAIRE F-Form-I-01**

**Information pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives aux stimulateurs cardiaques implantables et aux stimulateurs de resynchronisation cardiaques, leurs électrodes et accessoires implantables.**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d’imprimerie)*

* A envoyer dans les 90 jours calendriers après l’implantation via QERMID

***Identification de l’établissement hospitalier/médecin spécialiste***

Nom de l’établissement hospitalier : …………………………………………………

N° d’identification INAMI de l’établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste : ……………………………………………

N° INAMI du médecin spécialiste : ……………………………………………………

Adresse E-mail : …………………………………………………………………………

Téléphone (secrétariat du service) : ………………….………………………………

***Identification du bénéficiaire***

Nom : …………………………………………..…………………………………………

Prénom : ………………………………………………..………………………………...

Numéro d’identification au Registre National : ………………………………………..

Date de naissance : ………………………………………………………………………

Sexe : ………………………………………………………………………………………

Organisme assureur : …………………………………………………………

***Données à enregistrer au minimum dans le registre Qermid@pacemakers***

Information générale – Type d’implantation:

Date de l’implantation:

Type d’implantation:

* Remplacement anticipé (single/dual/triple/CRT-P)

Indications (symptôme, ECG, étiologie)

Premier spécialiste responsable

Deuxième spécialiste responsable

Données sur l’implantation

Indication:

* Bloc atrio-ventriculaire total symptomatique
* Affection du nœud sinusal et/ou fibrillation auriculaire avec arrêts de plus de 4  secondes accompagnées de syncopes et/ou bradycardie inférieur à 30 battements par minute
* Avis contraignant au centre E :
	+ Donné par :

Données uniquement en cas de CRT-P:

* Cardiopathie (ischémique/non-ischémique)
* Classe NYHA :
* Durée QRS
* LVEF %
* Diamètre ventricule gauche télédiastolique
* Trouble de la conduction
* Présence d’un asynchronisme au moyen d’une échocardiographie

Données sur le boîtier et les électrodes:

Information sur l’(les) implantation(s) précédente(s)

Données relatives au boîtier

* Boîtier (Entreprise, modèle, code d’identification, numéro de série, mode de stimulation)

Données relatives aux électrode(s)

* Entreprise, modèle, numéro de série
* transveneuse/ épicardiaque
* auriculaire droite / auriculaire gauche / ventriculaire droite / ventriculaire gauche
* nombre / type d’électrode

Information sur l’(les) implantation(s) précédente(s):

* Date de l’implantation précédente