ADULTES : DEMANDE TRAITEMENT PAR OAM

**ANNEXE 1 C A LA CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL**

Rapport médical joint à une demande d’intervention pour un traitement par OAM pour des patients à partir de l’âge de 18 ans.

**Identification de l’ETABLISSEMENT**

Numéro d’identification : 7.85.

Nom de l’hôpital + nom du campus :

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Numéro de téléphone :

**Identification du patient**

Nom + prénom : Sexe : F-M

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance :

Organisme assureur :

**Nature de la demande**

Première demande

Demande de prolongation

Demande de remplacement d’une OAM par une nouvelle OAM

Demande de passer d’un traitement nCPAP à un traitement par OAM

Période d’intervention demandée :

Du (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. inclus.

**pour toutes les DEMANDEs (a l’exception des demandes de prolongation)**

BMI = ……..…Kg/m²

|  |
| --- |
| 1ière PSG diagnostique (cf. protocole en annexe)  Durée totale de l’enregistrement par EEG (cf. art. 5) = ………..h………..min.  IAHO (cf. art. 6, § 4) =……………………..  Bon candidat pour un traitement par OAM (cf. rapports en annexe du médecin ORL concerné et du dentiste général ou orthodontiste ou stomatologue ou chirurgien maxillofacial concerné)  *(s’il s’agit d’une demande de remplacement d’une OAM par une nouvelle OAM, un rapport du prestataire de soins concerné et visé à l’article 11, § 1, B de l’avenant suffit ; ce rapport doit également démontrer que le patient était compliant)*  Date de la remise de l’OAM au patient (jj/mm/aaaa) : |

S’il s’agit d’une demande d’intervention pour un patient qui n’entrait pas en ligne de compte pour un traitement par OAM pour un an en raison d’une compliance thérapeutique défaillante, le médecin prescripteur doit, dans une note qui doit être jointe en annexe à la présente demande, démontrer les raisons pour lesquelles il est convaincu que le patient satisfera maintenant à la condition relative à la compliance thérapeutique.

**en cas de DEMANDE de prolongation de l’intervention**

(également d’application dans le cas où le patient reprend le traitement après une interruption de maximum 1 an)

BMI = ……..…Kg/m²

Confirmation que le patient utilise son OAM en moyenne minimum 4 heures par nuit et qu’il n’y a pas de contre-indication à la poursuite de son traitement par OAM (cf. rapport en annexe du prestataire de soins concerné et visé à l’article 11, § 1, B de l’avenant)

|  |  |
| --- | --- |
| DANS LE CAS D’UNE DEMANDE DE PROLONGATION DE L’INTERVENTION A LA FIN D’UNE PERIODE ACCORDEE DE 6 MOIS AVEC LE FORFAIT DE DEPART OAM : Efficience du traitement par OAM à démontrer au moyen d’une PSG, PG ou PGD | |
| Dans le cas d’une PSG (cf. protocole en annexe) :  Durée totale de l’enregistrement par EEG (cf. art. 5)  = ……. h……… min  IAHO (cf. art. 6, § 4) =…………….. | Dans le cas d’une PG ou PGD (cf. protocole en annexe) :  Durée totale de l’enregistrement (cf. art. 13, § 2 du 5ième avenant) = ……. h……… min  IAHO (cf. art. 6, § 4) = …………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| DONNEES FACULTATIVES DANS LE CAS D’UNE DEMANDE DE PROLONGATION DE L’INTERVENTION A LA FIN D’UNE PERIODE ACCORDEE DE 12 MOIS MAXIMUM  La réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD n’est généralement pas nécessaire. Si une nouvelle PSG, PG ou PGD est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :  Motifs justifiant la réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD : | |
| Dans le cas d’une PSG (cf. protocole en annexe) :  Durée totale de l’enregistrement par EEG (cf. art. 5)  = ……. h……… min  IAHO (cf. art. 6, § 4) =…………….. | Dans le cas d’une PG ou PGD (cf. protocole en annexe) :  Durée totale de l’enregistrement (cf. art. 13, § 2 du 5ième avenant) = ……. h……… min  IAHO (cf. art. 6, § 4) =…………….. |

**RESEAU DE REEDUCATION**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin généraliste :

- Si d’application : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin spécialiste référent :

|  |
| --- |
| Nom, prénom, numéro d’identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin prescripteur de l’établissement qui confirme que le patient répond à toutes les conditions de la convention et que toutes les conditions de la convention sont respectées  Date : Signature : |