Centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème de [nom hôpital]

Numéro d’identification de la convention: 7.89.9##.##

**RAPPORT MéDICAL**

Rapport médical visé à l’article 19 § 2 de la convention conclue entre le centre et le Comité de l’assurance de l’INAMI; à annexer à la demande destinée à l’organisme assureur du bénéficiaire en vue de l’obtention d’une intervention dans les coûts des prestations remboursables en vertu de la convention. Ci-après, il est fait référence aux articles de cette convention. Le rapport doit être complété de manière électronique.

|  |
| --- |
| données du bénéficiaire  Nom et prénom : …  Date de naissance : …/…/……  Numéro de registre national : ……-…-..  Numéro de la mutuelle : …  Pour pouvoir entrer en ligne de compte comme bénéficiaire, le patient doit disposer d'un Dossier Médical Global (DMG) ou le patient doit être inscrit dans une Maison médicale. Cochez la case correspondant à la situation dans laquelle se trouve le bénéficiaire (cochez seulement une situation):   * Le patient dispose d’un DMG.   + Mentionnez le médecin généraliste du patient. Nom: … N° INAMI : .-…..-..-… * Le patient est inscrit dans une maison médicale * Le patient a un médecin généraliste ayant un code de compétence qui termine par 001 ou 002 ou il a un médecin généraliste ayant son cabinet à l'étranger * Il s’agit d’un patient sans DMG pour lequel, pendant une hospitalisation en raison de complications aiguës liées au lymphœdème, une phase de traitement intensif a débuté * Il s’agit d’un patient qui bénéficie déjà d’une intervention dans le cadre de la convention mais qui termine son inscription dans une maison médicale et ne dispose provisoirement pas encore d’un DMG   Les patients qui se trouvent dans la 4ème ou 5ème situation, s’engagent à demander immédiatement un dossier médical global auprès de leur médecin généraliste. Sans DMG, la période de remboursement qui est demandée ici ne peut pas être prolongée (à nouveau). |

|  |
| --- |
| période d'intervention demandée  Du …/…/…… au …/…/…… inclus  Type de demande. Cochez la case qui correspond à la situation (cochez une situation seulement):   * Première demande * Prolongation d’une période d’intervention existante * Nouvelle période d’intervention |

|  |
| --- |
| critères d’inclusion  Cochez si d’application. Le centre conserve les données à l’appui de cette déclaration dans le dossier médical visé à l’article 17 :  Le patient répond aux conditions définies à l'article 13 §§ 1 et 2:   * Elle/il souffre d'une forme modérée ou grave de lymphœdème :   1. qui se situe aux stades II, II tardif ou III de la classification visée à l'article 2, § 2 ;   2. et qui se manifeste au niveau des membres du patient (unilatéralement ou bilatéralement) ou au niveau de la ligne médiane du patient (faciale, thoracique ou génitale) ;   3. et qui a entraîné une augmentation du volume du membre atteint d'au moins 10 %. En cas de formes bilatérales de lymphœdème ou de lymphœdème au niveau de la région médiane, l'augmentation de volume de la partie corporelle atteinte doit être démontrée par un rapport documenté (à conserver dans le dossier médical visé à l'article 17) mentionnant les signes pathognomoniques cliniques et des photos étayant la gravité du lymphœdème. Pour les patients atteints de lipœdème, il convient de démontrer une composante lymphatique. * Et elle/il a été référé vers le centre par son médecin généraliste ou par un médecin spécialiste traitant qui ne fait pas partie de l'équipe de soins du centre définie à l'article 6. |

…

Date du rapport médical

Nom, numéro INAMI et signature du médecin responsable du centre