

ANNEXE I

Convention entre le comité de l'assurance soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité et l'équipe multidisciplinaire créée au sein d'un établissement hospitalier. Cette équipe multidisciplinaire s'engage à établir et à évaluer le plan thérapeutique nécessaire à la prise en charge des patients présentant des troubles alimentaires pédiatriques (« pediatric feeding disorder ») qui accompagne ou qui fait suite à une période durant laquelle le patient a nécessité une nutrition artificielle (entérale ou parentérale).

**DEMANDE D'AUTORISATION D'INTERVENTION / NOTIFICATION D'ARRET A ADRESSER AU MEDECIN-CONSEIL**

**I - Identification du bénéficiaire:**

Nom: .....  
Prénom .....  
N°-NISS .....

**II - Prise en charge:**

Date de début: .....  
 première prise en charge du xx/xx/xxxx au xx/xx/xxxx (maximum 1 an).  
 renouvellement du xx/xx/xxxx au xx/xx/xxxx (maximum 1 an)

**III – Fin de la prise en charge**

Date de fin : .....

**IV - Eléments à attester par le pédiatre-coordonateur:**

Le bénéficiaire est:

- un patient (de 0 à 12 ans inclus)  
présentant des troubles graves du développement oral  
nécessitant une nutrition artificielle (entérale ou parentérale)
  
- un patient (de 0 à 12 ans inclus)  
présentant des troubles graves du développement oral  
qui a nécessité une nutrition artificielle (entérale ou parentérale)
  
- j'ai établi le diagnostic d'un trouble grave du développement oral

Les documents nécessaires établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée seront tenus à la disposition du médecin-conseil.

**V - Identification du pédiatre-coordonateur:**

Nom: .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
N° INAMI .....  
Etablissement hospitalier au sein duquel l'équipe multidisciplinaire a été instaurée

.....  
.....



DATE ... ..  
SIGNATURE DU MEDECIN

CACHET