**CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT**

**DU SYNDROME DES APNEES DU SOMMEIL**

(d'application à partir du 1er janvier 2018)

**ANNEXE 11: FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUR LES MEDECINS SPECIALISTES EN ORL ET SUR LES SPECIALISTES EN OAM DU CENTRE**

CHAQUE CENTRE QUI NE FIGURAIT PAS ENCORE EN 2017 SUR LA LISTE INAMI DES CENTRES QUI PROPOSENT DES TRAITEMENTS OAM, DOIT TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À L'INAMI ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ AVEC TOUS LES JUSTIFICATIFS DEMANDÉS POUR LE 30 AVRIL 2018 AU PLUS TARD.

UN CENTRE QUI FIGURAIT DÉJÀ EN 2017 SUR LA LISTE INAMI DE CENTRES QUI PROPOSENT DES TRAITEMENTS OAM, NE DOIT PAS TRANSMETTRE CE FORMULAIRE, SAUF EN CAS DE MODIFICATIONS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ORL ET DES SPÉCIALISTES OAM DU CENTRE.

Si nécessaire, vous pouvez ajouter des lignes dans ce document.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse (du site) de l'hôpital\*: |  |
| Numéro de téléphone: |  |
| Adresse e-mail: |  |

\**Si votre hôpital, en application des dispositions de l'annexe 6 à la présente convention, applique la convention apnées du sommeil sur 2 sites, ajoutez une colonne et mentionnez les données des deux sites.*

*Seuls les médecins spécialistes en ORL et les spécialistes OAM qui satisfont à l'ensemble des conditions de l'article 3, § 4, 1.b et 1.c et de l'annexe 1 à la convention, peuvent être repris dans ce formulaire d'informations.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDECIN(S) ORL (cf. article 3, § 4, 1.b et annexe 1 à la convention)** | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)** | **Est un médecin externe** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dans la colonne **“Est un médecin externe”,** il est mentionné si le membre de l'équipe concerné est un médecin externe, c'est-à-dire un médecin qui n'effectue pas ses activités dans le cadre de la convention apnées du sommeil sur un site de l'hôpital dont le centre fait partie mais sur un site d'un autre hôpital ou dans sa propre pratique. Dans ce cas, il convient de joindre en annexe l'accord de collaboration requis. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Veuillez démontrer dans une annexe (avec les pièces justificatives nécessaires) pour chaque médecin spécialiste en ORL mentionné que ce médecin spécialiste en ORL s'est formé dans le domaine du diagnostic et du traitement de troubles respiratoires liés au sommeil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DENTISTE(S) GENER(AL)(AUX), ORTHODONTISTE(S), STOMATOLOGUE(S) OU CHIRURGIEN(S) MAXILLOFACIAL (MAXILLOFACIAUX) (cf. article 3, § 4, 1.c et annexe 1 à la convention)** | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)** | **Est un dentiste ou médecin externe** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dans la colonne **“Est un dentiste ou médecin externe”,** il est mentionné si le membre de l'équipe concerné est un dispensateur de soins externe, c'est-à-dire un dispensateur de soins qui n'effectue pas ses activités dans le cadre de la convention apnées du sommeil sur un site de l'hôpital dont le centre fait partie mais sur un site d'un autre hôpital ou dans sa propre pratique. Dans ce cas, il convient de joindre en annexe l'accord de collaboration requis. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Veuillez indiquer dans une annexe (avec les justificatifs nécessaires) pour chaque dentiste ou médecin mentionné que ce dispensateur de soins a suivi une formation complémentaire en matière de diagnostic et de traitement des troubles respiratoires liés au sommeil, et qu'il/elle a assisté chaque année au cours des deux années civiles précédentes (2016 et 2017), dans le cadre des activités auxquelles il/elle a assisté en vue d'obtenir et de maintenir son accréditation, à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil d'une valeur de 10 points d'accréditation pour un dentiste général et un orthodontiste et d'une valeur de 2 points d'accréditation pour un stomatologue ou chirurgien maxillo-facial.

**Par la présente, le(s) signataire(s) déclare(nt) que les données mentionnées dans ce formulaire d'informations sont correctes. Si des modifications devaient être apportées à l'avenir en ce qui concerne les noms des membres de l'équipe, ces modifications doivent être transmises immédiatement par écrit à l'INAMI.**

(nom, prénom, fonction et signature des signataires de la convention)