**FORMULIER B-Form-I-16**

**Formulier tot het bekomen van een tussenkomst door de verplichte verzekering in de kosten van een behandeling van chronische pijn door neurostimulatoren.**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

***Identificatie van de verplegingsinrichting/geneesheer-specialist***

Naam van de verplegingsinrichting : ……………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialisten verantwoordelijke van de implantatie en RIZIV nr.: …………………………………………………………………………………………..

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

Telefoon (secretariaat dienst) : …………………………………………………………….

***Identificatie van de medische coördinator van het coördinerend MPC***

Naam en voornaam van de geneesheer-specialisten:…………………………………………

RIZIV nr. van de geneesheer-specialisten:………………………………………………………

***Identificatie van de rechthebbende***

Naam :………………………………………………………………………………….

Voornaam : ……………………………………………………………………….

Identificatienummer van het Rijksregister : ……………………………………………

Geboortedatum : ………………………………………………………………

Geslacht : …………………………………………………………………………

Verzekeringsinstelling en nr.: …………………………………………………………..

***Gegevens minimaal te registreren in het Interactief register***

Type implantatie

* Eerste implantatie
* Vervanging

Vervanging procedure:

* Notificatie adviserend geneesheer (na implantatie)
* Aanvraag aan het Nationaal Advies Orgaan (vóór implantatie)

Opvolging van de behandeling na implantatie

Specifieke gegevens:

**EERSTE IMPLANTATIE:**

- Indicatie

- Datum van de implantatie

- Type neurostimulator en/of toebehoren (naam+Identificatiecode)

- Type elektroden (naam+Identificatiecode)

- Lichaamsdeel

*- De resultaten van het medische bilan vóór de proeftherapie:*

* Medische en heelkundige voorgeschiedenis;
* Anatomische distributie van de pijnklachten;
* Nociceptieve evaluatie;
* Aantooning dat de pijnklachten van de rechthebbende refractair zijn;
* Pijnintensiteit (door middel van Numeric Rating Scale - NRS);
* Medische elementen tonen aan dat de huidige onderhoudsbehandeling resulteert in onvoldoende analgesie en/of teveel neveneffecten.

*- De resultaten van het psychologische bilan vóór de proeftherapie:*

* Eventuele aanwezigheid van redflags / yellow flags;
* Symptom checklist (SCL-90 revised);
* Pain Coping Inventory (PCI);
* Ziekte Attitude Schaal (ZAS) - Illness Attitude Scale (IAS);
* Houding tegenover reactivatie of actieve deelname tot verandering in de leefsituatie;
* Evaluatie van de functionele status (tussen de 2 consultatiemomenten):
  + - Ervaren pijn en activiteiten door bijhouden van dagboek (NRS);
    - Kwaliteit van de nachtrust (NRS);
    - Attitude tegenover medische behandelingen, medicatie en medicatie-gebruik (analgetica) door middel van MQS score.

- Een eventueel psychiatrische evaluatie

*- De resultaten van de proeftherapie:*

* Pijn - dagelijkse weergave van de ervaren pijn in rust en tijdens beweging (NRS);
* Mate van verbetering van de klinische toestand van de rechthebbende door middel van de Global Perceived Effect (GPE-DV);
* Symptom Checklist (SCL-90 revised);
* Kwaliteit van de nachtrust (NRS);
* Medicatiegebruik (MQS score);
* Evaluatie van de functionele status van de rechthebbende, met actieve deelname tot verandering in de leefsituatie door bepaling van dagelijkse activiteiten (dmv. Katz schaal en/of telemetrische weergave van activiteitsniveau van rechthebbende).

**VERVANGING:**

- Indicatie

- Datum van eerste of vorige implantatie + centrum

* Type van neurostimulator en/of toebehoren (naam+Identificatiecode)
* Type elektroden (naam+Identificatiecode)
* Lichaamsdeel

- Reden van de vervanging

- Datum van de vervanging

- Type vervangingsneurostimulator en/of toebehoren (naam+Identificatiecode)

- Type vervangingselektroden (naam+Identificatiecode)

- Medische verslag besproken en gevalideerd door multidisciplinair algologisch overleg (MAO)

- Geargumenteerde conclusie van het Nationaal Advies Orgaan (eventueel)

en

- Beslist van de adviserend geneesheer.

**OPVOLGING VAN DE BEHANDELING**

- Datum

- Pijnintensiteit (NRS)

- Kwaliteit van de nachtrust (NRS)

- Medicatiegebruik (MQS score)

- Eventueel aanpassing van de behandeling

* Reden