**FORMULAIRE L-Form-I-02**

**Information pour obtenir une intervention de l’assurance obligatoire dans le coût des prestations relatives aux prothèses de hanche et de genou**

*(Veuillez remplir ce formulaire en caractères d’imprimerie)*

***Identification de l’établissement hospitalier/médecin spécialiste***

Nom de l’établissement hospitalier : …………………………………………………

N° d’identification INAMI de l’établissement hospitalier : 710\_ \_ \_ \_ \_

Nom et prénom du médecin spécialiste : ……………………………………………

N° INAMI du médecin spécialiste : ……………………………………………………

***Identification du bénéficiaire***

Nom : …………………………………………..…………………………………………

Prénom : ………………………………………………..………………………………...

Numéro d’identification au Registre National : ………………………………………..

Date de naissance : ………………………………………………………………………

Sexe : ………………………………………………………………………………………

***Données à enregistrer au minimum dans le registre Qermid@Orthopride***

Date de l’intervention

Partie du corps

Type d’intervention :

* Procédure primaire
* Révision

Latéralité

Données spécifiques :

PROCEDURE PRIMAIRE HANCHE

* Diagnostic
* Voie d’abord
* Utilisation d’un ordinateur de navigation
* Utilisation d’un instrument sur mesure
* Type de prothèse
* Couple de frottement
* Utilisation d’une greffe
* Utilisation d’un substitut osseux
* Col modulaire, type de col
* Jonctions acétabulaire / fémorale et ciment
* Numéros de notification des implants

REVISION HANCHE

* Type de révision
* Quantième
* Diagnostic
* Vois d’abord
* Utilisation d’un ordinateur de navigation
* Utilisation d’un instrument sur mesure
* Eléments révisés
* Type de prothèse après révision
* Couple de frottement
* Utilisation d’une greffe
* Utilisation d’un substitut osseux
* Col modulaire, type de col
* Jonctions acétabulaire / fémorale et ciment
* Numéros de notification des implants

PROCEDURE PRIMAIRE GENOU

* Diagnostic
* Pré-opération sur le genou traité
* Alignement
* Vois d’abord
* Ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure
* Utilisation d’un ordinateur de navigation
* Utilisation d’un instrument sur mesure
* Type de prothèse
* Insert
* Jonctions fémorale / tibiale / patellaire et ciment
* Numéros de notification des implants

REVISION GENOU

* Type de révision
* Quantième
* Diagnostic
* Vois d’abord
* Utilisation d’un ordinateur de navigation
* Utilisation d’un instrument sur mesure
* Type de prothèse après révision
* Insert
* Jonctions fémorale / tibiale / patellaire et ciment
* Numéros de notification des implants

RESECTION AVEC SPACER

* Diagnostic
* Voie d’abord
* Numéro de notification du spacer