



3°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins: .....

4°) Proposition de support de l'entourage: .....

**IV – Spécialité demandée:** .....  
(nom de la spécialité inscrite au § 2880000) , compte tenu d'une posologie journalière maximale de 20 mg

**V – Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse):**

..... (nom)  
..... (prénom)  
..... (adresse)

**VI – Identification du médecin spécialiste tel que visé au point a) 1. du § 2880000 du chapitre IV de l'A.R. du 01.02.2018) (nom, prénom, adresse, N°INAMI):**

Je soussigné, médecin spécialiste:

- psychiatre
- neuropsychiatre
- interniste gériatre
- gériatre
- neurologue

confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

Je confirme également avoir transmis une copie du présent formulaire au médecin généraliste traitant dont l'identité figure au point VI.

..... (nom)

..... (prénom)

..... - ..... - ..... - ..... (n° INAMI)

..... / ..... / ..... (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)