

**ANNEXE B : Modèle du formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins :**

Formulaire de description clinique, d'évaluation fonctionnelle et de proposition de structure multidisciplinaire de soins (§ 4680000 du chapitre IV de la liste jointe à l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018 pour la spécialité à base de rivastigmine dispositifs transdermiques) (Ce formulaire est à conserver par le médecin responsable du traitement et à tenir à la disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

**I – Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :**

--	--	--

**II – Eléments relatifs à la situation clinique du bénéficiaire :**

Le bénéficiaire mentionné ci-dessus :

1. Est atteint d'une forme légère à modérément sévère de la maladie d'Alzheimer, dont le diagnostic a été établi cliniquement suivant les critères DSM-IV.
2. A obtenu les résultats suivants aux tests cognitifs :  
  
 MMSE ou Mini Mental State Examination : score de //30 (au moins 10) le  /  /  (Date);  
 Si MMSE supérieur à 24, confirmation du diagnostic par:  
 une évaluation neuropsychologique appropriée, validée et standardisée, réalisée par des professionnels compétents dans le domaine de la neuropsychologie.
3. Est indemne d'autre pathologie comme cause de la démence, ce qui a été confirmé le  /  /  (Date), par l'examen suivant :  
 Tomographie computerisée;  
 Résonance magnétique.

**III – Eléments relatifs à la prise en charge intégrée du bénéficiaire:**

Le bénéficiaire mentionné ci-dessus :

1. A fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle

	Évaluation (initiale)	Réévaluation (après 6 mois de remboursement)	Réévaluation (après prolongation du remboursement)	Réévaluation (après prolongation du remboursement)
Dates	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Score MMSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL basal avec échelle de Katz	<input type="checkbox"/>			
ADL instrumental avec échelle de Lawton	<input type="checkbox"/>			
Echelle de Détérioration Globale	<input type="checkbox"/>			
Echelle de perturbation compartement (NPI-Q)	<input type="checkbox"/>			
Evaluation clinique globale de type CGI-C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. A fait l'objet d'une proposition multidisciplinaire de soins et de support de l'entourage:

Maintien du bénéficiaire à domicile :

1°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : Date :  /  /

.....  
 .....  
 .....

2°) Proposition de support de l'entourage : Date :  /  /

.....  
.....  
.....

Placement institution de soins : Date :  /  /

1°) Type d'institution: .....

2°) Nom et adresse de l'institution: .....

.....  
.....

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

.....

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

**IV - Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse) :**

(nom)

(prénom)

(adresse)

**V – Identification et signature du médecin spécialiste visé au point a) 1. du § 4680000 du chapitre IV de la liste jointe à 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 généraliste traitant dont l'identité figure au point V.

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)

(cachet)

.....

(signature du médecin)