Convention de rééducation fonctionnelle avec les **unités de répit**

**RAPPORT MEDICAL**

à annexer au formulaire de demande d'intervention

dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle

CE RAPPORT DOIT DÉMONTRER QUE LE BÉNÉFICIAIRE

RÉPOND AUX CONDITIONS DE LA CONVENTION

**Identification de l’unité**

Numéro d’identification :

Dénomination :

Rue, n° :

Code postal, localité :

**I. DONNÉES ADMINISTRATIVES**

1.1. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro d’inscription auprès de l’organisme assureur :

1.2. Nature de la demande

Période demandée : du au

□ Il s’agit de la 1ère période d’intervention de l’assurance demandée pour le séjour de ce bénéficiaire dans une unité de répit.

□ Une ou plusieurs autres périodes d’interventions de l’assurance ont déjà été demandées pour le séjour de ce bénéficiaire dans une unité de répit.

**II. DONNÉES MÉDICALES**

Le bénéficiaire n’a pas atteint son 19e anniversaire à la date de début de la prestation.

Il appartient à l’un des groupes-cibles suivants (*cocher la case correspondante*) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | **1.** | *Groupe 1* : Enfants présentant une condition pathologique qui peut entraîner une mort prématurée et dont le traitement intensif prolongé peut échouer. (Exemples : cancer, atteinte cardiaque, rénale ou hépatique importante...) |
| □ | **2.** | *Groupe 2* : Enfants présentant une condition pathologique qui entraîne inévitablement une mort prématurée. Ces enfants peuvent avoir besoin de longues périodes de traitements intensifs destinés à prolonger leur vie et à leur permettre de participer à des activités normales pour des enfants de leur âge. (Exemples : fibrose kystique, dystrophie musculaire...) |
| □ | **3.** | *Groupe 3* : Enfants présentant une condition pathologique progressive sans espoir de guérison. Les traitements offerts à ces enfants sont uniquement palliatifs et peuvent s’étendre sur plusieurs années. (Exemples : maladie de Batten, mucopolysaccharidose...) |
| □ | **4.** | *Groupe 4* : Enfants présentant une condition pathologique non progressive accentuant leur vulnérabilité et accroissant les risques de complications non prévisibles avec détérioration sévère de leur état. (Exemples : accidents avec atteintes neurologiques, paralysie cérébrale grave...) |
| □ | **5.** | *Groupe 5* : Enfants, jusqu’au jour de leur 5e anniversaire, qui – éventuellement de manière temporaire – ont besoin d’une surveillance et/ou de soins médicaux continus, en raison d’une situation qui menace leur survie (ex. : trachéotomie, assistance ventilatoire, risque d’aspiration de la nourriture...) |

Dénomination exacte de la maladie justifiant l’admission :

Description de la condition pathologique du bénéficiaire (stade de la maladie, éventuelles complications et/ou pathologies associées...) :

Nature du traitement à domicile :

Éventuelles autres précisions et/ou observations :

|  |  |
| --- | --- |
| Le responsable médical de l’établissement de rééducation fonctionnelle certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies pour ce bénéficiaire. | Le responsable médical de l’établissement  (date, nom, n° d'identification INAMI, signature) |